ZUM PSYCHISCHEN BILD DES DIABETESKRANKEN

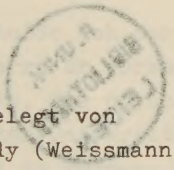
von

Mosche Vardy (Weissmann)

1962

ZUM PSYCHISCHEN BILD DES DIABETESKRANKEN

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von
Mosche Vardy (Weissmann)
aus
Budapest /(Israel)

1961
München

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Referent: Professor Dr. A. Däumling
Korreferent: Prof. Dr. Philipp Lersch

Tag der mündlichen Prüfung: 27.2.1962

Fotodruck: Mikrokopie G.m.b.H. München 2, Weinstr. 4

Hiermit möchte ich meine Dankbarkeit den hochverehrten Herren Professoren
Dr. A. Däumling, Dr. P. Lersch für die Überlassung und Betreuung meiner Arbeit, wie auch Herrn Dr. Heinelt für die Betreuung des psychodiagnostischen Teiles zum Ausdruck bringen.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Professor Dr. W. Seitz und Herrn Dr. Cremerius für die gebotene Gelegenheit, die psychodiagnostischen Untersuchungen an der Universitätspoliklinik München durchführen zu können, ferner für die Überlassung gewisser erforderlicher Sonderdrucke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546810_0003

ZUM PSYCHISCHEN BILD DES DIABETESKRANKEN

DISPOSITION

Seite

Einleitung 1

A. Die theoretischen Voraussetzungen der Psychosomatik 2

I. Zum Begriff der Psychosomatik und der Psychogenie 2

II. Der Wandel in der ätiologischen Denkweise 7

III. Theorien über die Entstehung psychogener Körpersymptome 9

1. Konversionsmodell 9

2. Affektäquivalent 10

3. "Narzißtische Neurose" 11

4. "Organpsychose" 12

5. Vegetative Neurose nach F. Alexander 13

IV. Die Frage der Krankheitsspezifität von Persönlichkeitstypen und Konflikten in der Psychosomatik 14

V. Methodenkritische Betrachtungen über die psychosomatische Forschung 18

ZUR PSYCHOSOMATIK DES DIABETESKRANKEN

Klinische Beschreibung des Diabetes mellitus 24

B. Ergebnisse der psychosomatischen Diabetesforschung 25

Statistische Befunde der Psychiatrie

Korrelationsphysiologische Befunde

Persönlichkeitsprofil des Diabeteskranken

Psychodiagnostische Befunde

Tiefenpsychologische Befunde

Seite

C. Eigene empirische Untersuchungen über die Psyche des Diabeteskranken 34

I. Fragestellung und Arbeitshypothesen, Methoden und Material 34

II. Gezielte Exploration 41

III. Thematischer Apperzeptions-Test 45

IV. Rorschach-Test 50

1. Vergleichsgruppen von Lungen-Tbc- und Herz-Kranken 50

2. Gruppenauswertung der einzelnen Rorschach-Faktoren bei Diabeteskranken im Vergleich zu Lungen-Tbc- und Herz-Kranken 54

3. Diskussion der Ergebnisse der Rorschach-Gruppenauswertung 75

V. Individuelle Auswertung der kombinierten Testergebnisse. Beschreibung der verschiedenen Persönlichkeitsbilder und Altersgruppen mit kasuistischen Beispielen 81

D. Seelisches Krankheitsbild des Diabetikers im Lichte der psychoanalytischen Behandlung (Längsschnittbeobachtung) 111

I. Auszüge aus den Behandlungsberichten von zwei psychoanalytisch behandelten Diabeteskranken 111

II. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse 123

Z u s a m m e n f a s s u n g 125

Literaturverzeichnis 131

EINLEITUNG:

Das Thema dieser Arbeit gehört in das Grenzgebiet zwischen Psychologie und Medizin. Es bedarf daher einer gewissen Begründung für die Bearbeitung dieses Themas durch einen Psychologen.

Wir glauben nämlich, daß für die Beschäftigung mit dem psychosomatischen Bereich von der klinischen Psychologie her durchaus die Berechtigung besteht, und zwar insbesondere in dem Beitrag, den eine wissenschaftliche Psychologie für die methodenkritische Durchdringung dieses Gebietes leisten kann. Darin sehen wir auch eines der wichtigsten Anliegen unserer Arbeit.

In dem einführenden Teil, in dem wir einen kurzen Überblick über die wichtigsten theoretischen Voraussetzungen der Psychosomatik geben, wollen wir den theoretischen Bezugsrahmen abstecken, innerhalb dessen in der psychosomatischen Forschung heute gearbeitet wird. In dem speziellen Teil, in welchem wir den D i a b e t e s m e l l i t u s behandeln, wollen wir auch noch auf die vielfältigen, vielfach offenen Fragen, die die psychosomatische Forschung uns überhaupt aufgibt, hinweisen.

Bei der Betrachtung psychosomatischer Studien setzen wir mit der Methodenkritik an, die wir auch gegenüber den Befunden unserer eigenen empirischen Untersuchung durchzuführen versuchen. Diese besteht darin, daß wir durch ein s t u f e n w e i s e s Vorgehen bei der Auswertung die R e i c h w e i t e der angewandten psychologischen Methoden für die psychosomatischen Fragestellungen eingehend behandeln wollen. Um die vergleichende Betrachtung der Reichweite der Methoden zu Ende zu führen, zogen wir auch Berichte über den Verlauf der psychoanalytischen Behandlung von zwei Diabeteskranken hinzu.

A. Die theoretischen Voraussetzungen der Psychosomatik

I. Zum Begriff der Psychosomatik und Psychogenie

Wenn auch eine kritische Erörterung der in der Psychosomatik implizite enthaltenen Leib-Seele-Konzeption eine wichtige und dankbare Aufgabe wäre, so müssen wir uns doch einer e i n g e h e n d e r e n Behandlung dieser philosophischen Frage enthalten, um den gesetzten Rahmen unserer Arbeit nicht zu überschreiten. Wir können jedoch nicht umhin, bei der Erörterung der theoretischen Voraussetzungen der Psychosomatik einige Punkte dieses Problems anzudeuten.

Man kann den meisten neuzeitlichen Forschern der Psychosomatik die Kritik nicht ersparen, daß sie im Eifer der empirischen Forschung ihre Positionen in der Leib-Seele-Frage nicht klar genug definierten bzw. den diesbezüglichen möglichen Konsequenzen ihrer Forschungsergebnisse zu wenig Aufmerksamkeit schenkten. Dies mag wahrscheinlich an der unter vorwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizinern vorherrschenden Abneigung gegen sogenannte "metaphysische Spekulationen" liegen, ohne die die erschöpfende Klärung dieser Frage zweifellos nicht auskommen wird.

Sogar bei einem so systematischen Denker wie Sigmund F r e u d, dessen Gedanken noch heute in der Psychosomatik als richtunggebend gelten, finden wir keine eindeutige Stellungnahme zu dieser Frage. Wenn wir aus seinen verstreuten, expliziten theoretischen Äußerungen schließen dürfen, so bekannte er sich zwar, wie fast alle Naturwissenschaftler seiner Zeit, zu einer Auffassung, die einem m a t e r i a l i s t i s c h e n M o n i s m u s gleichkam. Dieser erkannte nur den biologischen (somatischen) Tatbeständen des Menschen die Rolle einer ontologischen Realität zu, während er im Psychischen nur die Widerspiegelung des Biologischen, also ein Epiphänomen sah. Durch seine empirischen Untersuchungen

überschritt F r e u d jedoch diese Position, indem er in seinen Arbeiten die Möglichkeit einer Psychotherapie - die Beeinflußbarkeit vom Psychischen her - von Erkrankungen im leiblichen Bereich (wie "hysterische" Lähmungen und "psychogene" Blindheit) wissenschaftlich aufzeigte. Dadurch tat er einen entscheidenden Schritt zur "Emanzipation" des Psychischen im medizinischen Denken.

Auch heute noch vermissen wir eine ausdrückliche und konsequente Stellungnahme zur Leib-Seele-Frage bei den meisten Psychosomatikern, - wenn wir von dem zwar konsequenten, aber nicht allen Tatbeständen gerecht werdenden und deshalb simplifizierenden Bekenntnis der P a w l o w i a n e r der R u s s i s c h e n S c h u l e zu einem materialistischen Monismus absehen.

Die Auffassung Wolfgang K ö h l e r s [1] aus der Berliner "Gestaltschule" scheint u.E. den mehr oder weniger ausdrücklichen Arbeitshypothesen der meisten heutigen westlichen Forscher am ehesten zu entsprechen. In seiner g a n z h e i t l i c h e n Betrachtungsweise sind beide Tatbestände, sowohl das Psychische wie das Leibliche, ontologisch i d e n t i s c h, der Unterschied zwischen dem Psychischen und Leiblichen sei b e g r i f f l i c h e r Art, er liege in dem verschiedenen begrifflichen Bezugsrahmen beider Kategorien.

Dieser Auffassung am nächsten steht noch der sogenannte "Holismus", eine ganzheitliche und zugleich multidimensionale Betrachtung, zu dem sich die meisten Forscher in den USA (G i t t e l s o n , F. A l e x a n d e r u.a.[2]) bekennen. Bei manchen Forschern drückt sich eine im wesentlichen ähnliche Auffassung in der Leib-Seele-Frage unter der Bezeichnung "organismische" Auffassung aus. Sie sprechen

---

1) W. Köhler: "Bemerkungen zum Leib-Seele-Problem . Deutsche Med. Wochenschrift 1924 (zit. nach A. Wenzel)

2) M. Gittelson: "A Critique of Current Concepts in Psychosomatic Medicine". Bull. of the Menn.Clinic. IX, 1959

vom Seelischen als einer gleichberechtigten Dimension des ganzheitlichen Organismus, dem jedoch seinsmäßig als der erlebten Seite des Leibes nur kategoriale Eigenständigkeit zukäme, was aber im wesentlichen doch einem M o n i s m u s gleichkommt.

Bei I.H. S c h u l t z finden wir eine dem Wesen nach ähnliche Auffassung der Leib-Seele-Problematik. Er bekennt sich auch zu der in der Idee des H o l i s m u s zum Ausdruck kommenden Einheit des Organismus. Seine Unterscheidungen zwischen den Schichten des Lebendigen[1] betrachtet er als nur durch die verschiedenen B e t r a c h t u n g s w e i s e n geschaffen. In einem gewissen Widerspruch dazu unterscheidet er jedoch mit E. R o t s c h u h zwischen den verschiedenen Abläufen im Lebendigen, die verschiedenen Lebensgesetzmäßigkeiten unterworfen seien.[2] Die Grundschicht des menschlichen Organismus stellt das K o n s t i t u t i o n e l l - S o m a t i s c h e dar, in dem allein die b i o t e c h n i s c h e n, kausal-mechanischen Abläufe stattfänden. Demgegenüber steht der Bereich der " b i o n o m e n " Lebensgesetzlichkeiten, der sich in Selbstgestaltung, Vermehrung, Anpassung usw. dartut. Nur dieser letztere Bereich könne zum Seelischen im engeren Sinne gezählt werden. Dies sei die biologische Höchstfunktion, die man nur unter dem Begriff des D y n a m i s c h - F u n k t i o n e l l e n erfassen könne.

Bei H e y e r[3] finden wir eine zwar nicht explizit formulierte, jedoch eine als einen seinsmäßigen Monismus ansehbare Auffassung. Er geht von einer organisch b e s e e l t e n ganzheitlichen Natur aus, und "das e i n e Lebendige wese in seinen beiden E r s c h e i n u n g s f o r m e n". Dieser Auffassung zugrunde liegende Idee kommt aber einem seinsmäßigen S p i r i t u a l i s m u s sehr nahe.

---

1) I.H. Schulz: "Seelische Krankenbehandlung", S. 35
2) ders., a.a.O., S. 14
3) Heyer und Seifert: "Reich der Seele", Band II, München-Berlin 1937, S.

Eine der möglichen Kritiken der Leib-Seele-Auffassung der psychosomatischen Forscher läßt sich nun für die Mehrzahl der modernen Theoretiker ziemlich klar widerlegen. Der Einwand nämlich, daß in den Begriffen Psychosomatik und Psychogenie ein Dualismus, die Konzeption einer Spaltung zwischen Leib und Seele enthalten wäre. Gerade diese Spaltung ist es aber, die der psychosomatische Gesichtspunkt zu vermeiden trachtet.[1] Hier möchten wir einen der wichtigsten Vertreter der psychosomatischen Forschrungsrichtung in der westlichen Welt, Franz A l e x a n d e r , zu Wort kommen lassen, dessen Meinung sich in diesem Punkt mit der von den meisten anderen Forschern weitgehend deckt. "Die Psychosomatik bezweckt vielmehr die ganzheitliche Betrachtung des Menschen durch das g l e i c h b e r e c h t i g t e Mit-Inbetrachtziehen der emotionellen Prozesse, denen ebenso die Möglichkeit einer Verursachung gewisser Krankheiten zugeschrieben wird, wie den primär morphologischen Veränderungen." "Der Ausdruck Psychosomatik bezeichnet lediglich die M e t h o d e d e s V o r g e h e n s , die sich auf g l e i c h z e i t i g e und k o o r d i n i e r t e Verwertung von somatischen, d.h. physiologisch-anatomischen usw. Methoden und Vorstellungen auf der einen Seite und psychologischen Methoden und Vorstellungen auf der anderen Seite stützt."[2] Wenn auch angenommen wird, daß den psychischen Abläufen kortikale und andere physiologische Prozesse entsprechen, so können wir zunächst doch nur die psychische Seite unmittelbar adäquat erfassen.

Man muß wohl zugeben, daß der in der Psycho-Somatik gebräuchliche Begriff der "Psychogenie" irreführend sein kann, und häufig auch in einer unzutreffenden Weise angewandt wird. Dadurch kann der Eindruck erweckt werden, als ob eine Zweiteilung des Menschen gemeint wäre. Mit dem Begriff der Psychogenie meinen wir aber n i c h t , daß z.B. bei emotionell verursachten Blutdruckerhöhungen die Kontraktion der Blutgefäße durch irgendeinen nicht-somatischen M e c h a n i s m u s

---

1) F. Alexander: "Psychosomatische Medizin", Berlin , S. 32
2) derselbe

oder durch eine nicht-somatische Substanz bewirkt wird. Die Wut z.B. besteht a u c h aus physiologischen Prozessen, die irgendwo im Zentralnervensystem ablaufen. Sie wird aber meist bewirkt durch Berührung mit der Umwelt, d.h. sie stellt einen exogenen Umweltschaden dar. Wenn wir von psychogenen Schäden sprechen, so meinen wir damit nur das "Einfallstor" (L e r s c h [1]) dieses Schadens, nicht aber, daß das Psychische eine selbständige Substanz darstellt.

Eine Eigenart der sogenannten psychogenen Faktoren, wie der Emotionen, Ideen oder Phantasien, ist es, daß sie am besten oder nur psychologisch durch Selbstbetrachtung oder wörtliche Mitteilungen des Trägers dieser Prozesse untersucht werden können. Wenn nun im weiteren von psychischen Faktoren gesprochen wird, so wird das n i c h t etwa im G e g e n s a t z zu den somatischen verstanden, wir meinen vielmehr die emotionellen Faktoren, die durch die subjektive Aussage besser erfaßt werden können.

---

1) Lersch, A.: "Aufbau der Person", S. 86

II. Wandel in der ätiologischen Denkweise

Die folgenden Änderungen im ätiologischen Denken in der Medizin haben den theoretischen Weg für die psychosomatische Forschung gebahnt:

a) Nicht nur Strukturänderungen der Organe können Ursache der Funktionsstörung sein, sondern auch die Funktionsstörung kann die Struktur der Organe verändern.
b) Der Zusammenhang Ursache-Wirkung ist nicht eingleisig, sondern reziprok und nicht monokausal, sondern multikausal.

Zu a) sagt Alexander[1]: "Die funktionelle Theorie der organischen Störungen bedeutet im wesentlichen Anerkennung innerlicher Ursachen von Krankheiten neben akuten äußerlichen ursächlichen Faktoren." Wobei die innerlichen Faktoren - die emotionellen Konflikte - meist erst durch die Berührung mit der Umwelt zur Wirkung kommen. So rufen Furcht, Aggression, Schuld und versagte Wünsche, wenn sie verdrängt werden, anhaltende chronische emotionelle Spannungen hervor. Daß sie häufig verdrängt werden müssen, liegt an den Verwicklungen unseres sozialen Lebens, in dem viele Emotionen nicht frei durch willkürliche Tätigkeiten zum Ausdruck und zur Abfuhr gebracht werden können. Diese der Verdrängung zum Opfer fallenden Emotionen beeinflussen statt als willkürliche Innervationen zum Ausdruck kommen zu können, die vegetativen Funktionen, wie Verdauung, Stoffwechsel, Kreislauf.

Zu b) meint Alexander: "Alle vorliegende Erfahrung weist auf multikausale Bedingtheiten in allen Zweigen der Medizin hin."
Auch die bloß psychogene Erklärung von sog. psychosomatischen Krankheiten, wie z.B. des Magengeschwürs, kann in Anbetracht der Tatsache nicht aufrecht erhalten werden, daß die typischen emotionellen Konstellationen, wie sie z.B. bei Ulcuspatienten gefunden werden, auch bei einer

---

1) F. Alexander: "Psychosomatische Medizin" , S. 25

großen Zahl von Patienten beobachtet werden können, die nicht an Magenulcus leiden.

Es müssen deshalb zusätzliche lokale oder allgemeine, bisher schlecht definierte somatische Faktoren angenommen werden, und nur das gleichzeitige Bestehen beider Faktorenreihen, sowohl die der emotionellen wie der konstant somatischen, kann die Entstehung der Krankheit dem Verständnis zugänglich machen. Ebenso wichtig ist die Tatsache, daß im individuellen Fall die r e l a t i v e Bedeutung von somatischen gegenüber den emotionellen Faktoren in weiten G r e n z e n v a r i i e r t . Die von Freud geprägte Konzeption der "Ergänzungsreihe" ist auch hier hilfreich für das Verständnis, was bedeuten würde, daß bei verschiedenen Graden von konstitutionellem "Entgegenkommen" verschiedene Ausmaße der psychischen Umweltsschädigungen notwendig sind, um die Krankheit auszulösen. Theoretisch hat ja j e d e Krankheit einen psychosomatischen Charakter, w e i l emotionelle Faktoren sämtliche, auch leiblichen Vorgänge, auf nervösen und humoralen Bahnen beeinflussen.

Nach F. Alexander[1] können grundsätzlich folgende Faktoren bei den meisten Krankheiten von ätiologischer Bedeutung sein:

K (Krankheit) = f (Funktion von) (a, b, c, d, .. n)

a - Erbanlage

b - Geburtstraumen

c - organische Krankheiten der frühen Kindheit, die die Anfälligkeit gewisser Organe erhöhen

d - Art der Säuglingspflege und Kleinkindererziehung (Abstillgewohnheiten. Reinlichkeitsgewöhnung usw.)

e - akzidentelle physikalische traumatische Erlebnisse der frühen Kindheit

g - akzidentelle emotionale traumatische Erlebnisse der frühen und späteren Kindheit

h - seelisches Familienklima und spezifische Persönlichkeitszüge von Eltern und Geschwistern

i - spätere physische Verletzungen

j - spätere emotionelle Erlebnisse durch nahegehende persönliche und berufliche Beziehungen (diese können auch schon indirekt durch die präformierte psychische Struktur mitdeterminiert sein).

---

1) F. Alexander: a.a.O., S. 26

Diese Faktoren sind zu v e r s c h i e d e n e n A n t e i l e n in s ä m t l i c h e n Krankheiten von Bedeutung. Vom psychosomatischen Gesichtspunkt sind die Faktoren d, g, h und j hinzugefügt worden. Nur die Einbeziehung aller dieser Faktoren und i h r e r W e c h s e l w i r k u n g e n kann ein vollständiges ätiologisches Bild ergeben.

IV. Theorien über die Entstehung psychogener Körpersymptome

Wir wollen hier in einem kurzen Überblick die wichtigsten theoretischen Konzeptionen der Psychosomatik aufzeigen, die als theoretischer Bezugsrahmen die psychosomatische Forschung am meisten befruchtet haben.

1. K o n v e r s i o n s m o d e l l

Chronische körperliche Veränderungen ~~unter~~dem Einfluß von Emotionen wurden zuerst bei Hysteriekranken beobachtet.

F r e u d führte den Begriff der "Konversionshysterie" ein, bei der sich körperliche Symptome als A u s d r u c k chronischer emotionaler Konflikte entwickeln. Die Veränderungen wurden in der willkürlichen Muskulatur, z.B. in Form von hysterischen Lähmungen, und im Sinneswahrnehmungssystem (psychogene Blindheit) bemerkt. Es war eine der bedeutendsten Entdeckungen F r e u d s , "daß Affekte, die sich nicht auf normalem Wege willkürlicher Tätigkeit ausdrücken und abführen lassen, zur Quelle chronischer und physischer Störungen werden können".[1]
"Wo immer Emotionen wegen psychischer Konflikte verdrängt werden, d.h. vom Bewußtsein ausgeschlossen und so von einer adäquaten Abfuhr abgeschnitten werden, da geben sie Quelle für eine chronische Spannung ab, die die 'Ursache' der hysterischen Symptome bildet."[1]

---

zit. nach:
1) F. Alexander: "Psychosomatische Medizin", S. 20

Das Eigentümliche dieser Auffassung ist, daß sie das Symptom als s i n n v o l l e n A u s d r u c k , wenn auch in symbolischer Form, der eigentümlichen psychologischen Inhalte des Patienten sieht. Der Unterschied zwischen ihnen und Ausdrucksbewegungen wie Lachen und Weinen besteht darin, daß die letzteren universal, ubiquitär sind.

Es ist von verschiedenen psychoanalytischen Forschern versucht worden, die Vorstellung der hysterischen Konversion - des sinnhaften symbolischen Ausdrucks im Symptom - auch auf Formen psychogener körperlicher Störungen auszudehnen, die sich in den viszeralen Organen abspielen. Unter den noch heute einflußreichen Vertretern dieser Auffassung ist besonders F e n i c h e l zu erwähnen: "Dieser Ansicht nach würde eine Blutdruckerhöhung oder eine Magenblutung eine symbolische Bedeutung haben wie jedes hysterische Konversionssymptom."
Eine ähnliche Auffassung des sinnvollen Ausdruckswertes von Symptomen drückt sich auch in den Schriften der d a s e i n s - a n a l y t i s c h e n Forscher aus, wenn auch auf anderen theoretischen Grundlagen basierend.[1] Der Tatsache, daß die vegetativen Organe vom (autonomen) vegetativen Nervensystem gesteuert werden, das keine direkte Verbindung zu den bewußten Denkprozessen besitzt, wurde dabei keine Beachtung geschenkt. Der existentialanalytischen These nach ist diese Auffassung der organischen Symptome wenigstens theoretisch insofern konsequent, als dem ganzen Leib dieselbe Ausdrucksqualität zukommen kann wie seinen willkürlich gesteuerten, motorisch-muskulären Teilen.

2. A f f e k t ä q u i v a l e n t - M o d e l l

Diese zweite Auffassung entstand im Hinblick auf die Angstneurose, bei der nun das somatische Symptom (Herzklopfen, Zittern) ein Äquivalent (analog des Gleichzeitigkeitskorrelats bei Schultz-Hencke) eines psychischen Zustandes darstellt.

---

1) M. Boss: " Einführung in die psychosomatische Medizin," H.Huber-Verlag, Bern, 1954

Diese Auffassung bestätigt sich vor allem bei den Erkrankungen von Funktionen, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert werden.

Diese Theorie entspricht den Cannon'schen Befunden, nach welchen bestimmte Affekte normalerweise von bestimmten organischen Veränderungen begleitet werden. Es kann aber z.B. das Herzklopfen, das die Begleiterscheinung von Angst ist, bestehen bleiben, wenn die erlebte Angst der Verdrängung anheim gefallen ist.

Fixierung an e r o g e n e n Z o n e n

In einer späteren Entwicklung der L i b i d o t h e o r i e F r e u d s hat sich noch folgendes Bild ergeben: In Versagungssituationen äußerer und innerer Art kann es zu einer Regression der Libido auf frühere, mit den entsprechenden nicht voll überwundenen Entwicklungsphasen verbundenen Fixierungsstellen derselben kommen, also an den e r o g e n e n Z o n e n oder an (Liebes-)Objekten dieser Phase. Die erogenen Zonen verhalten sich durch die wiederentstandene Herrschaft dieser Partialtriebe, analog zu den Genitalien, d.h. ihre Funktion wird lustvoll erlebt, was aber wieder gegen unbewußte Verbote verstößt. Dieser Konflikt kann schließlich auch zu den Funktionsstörungen der betreffenden Zonen führen. Diese Lehre wurde zum erstenmal durch F r e u d bei der Betrachtung der Obstipation und der psychogenen Sehstörungen ausgearbeitet. Die Symptome sind bei diesen Konversionserscheinungen mit den gehemmten "sexuellen" Regungen an deren Fixierungsstelle assoziativ verbunden.

3. " N a r z i ß t i s c h e N e u r o s e "

F r e u d[1] erkannte zuerst bei der Beobachtung von Melancholiekranken, daß die Libido vom Liebesobjekt zurückgenommen wird, wenn sich dieses versagt hat. Der Rückzug derselben erfolgte auf die sogen. o r a l - n a r z i ß t i s c h e Phase ihrer Entwicklung. Das Objekt wird dabei introjiziert und jene Konflikte, die zwischen dem Kranken und seinen realen

1) S. Freud: "Gesammelte Werke", Bd. X, S. 428

Liebesobjekten bedeutsam waren, werden nun auf der narzistischen Ebene ausgetragen. Er fand einen analogen Vorgang zunächst bei der Hypochondrie und dann auch bei primär-organisch Kranken. Beide zeigten nämlich eine Neigung, ihre Libidobesetzungen von den äußeren Liebesobjekten auf sich selbst, insbesondere auf ihren eigenen Leib zurückzunehmen.

4. "Organpsychose" (Meng)

Meng[1] wandte diese Konzeption auch für die Erklärung von Fällen von Magersucht, Tuberkulose und Diabetes an. Der von ihm definierte Begriff der 'Organpsychose' kommt durch spezifische Ich-Triebstörungen in der frühen Kindheit - meist unter einem Erscheinungsbild, das ähnlich einer Zwangsneurose ist - zustande. Sie manifestiert sich erst später somatisch, oft in der Zeit der Pubertät, wenn das Gefüge des Ich, infolge der stürmischen hormonalen Veränderungen unter schweren Triebkonflikten, stark erschüttert wird und dabei auf die infantile Stufe, in der die Ichstörung ablief, regrediert.

Er unterschied zwischen Organneurosen (Pathoneurosen bei Ferenczi) und Organpsychosen bezüglich des Ausmaßes und der Art der Erkrankungen des Ichs (parallel dem Unterschied zwischen Neurose und Psychose). Bei der Organneurose wird das Ich nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen, wobei das Organ nur "Objekt" z.B. für die Konversion sein wird. Bei der Organpsychose ist das Ich primär erkrankt u.d.erkrankte Organ stellt das "Subjekt" dar.

Auf diese Weise treten schwere organische Störungen sehr häufig an Stelle des erwarteten Fortschreitens der seelischen Störung ein, welche die letzteren dann überflüssig machen.

---

1) H. Meng: "Hormon und Psyche"

5. "Vegetative Neurose" (Alexander)

Alexander[1] erkannte neben anderen Forschern auch, daß es gewisse psychogene Erkrankungen gibt, die nicht als symbolhafter Ausdruck unbewußter Affektstauungen erklärt werden können. Dies vorwiegend deswegen nicht, da es gewisse Organe und Funktionen gibt, die keine direkte Verbindung mit den willkürlichen Steuerungszentralen des Nervensystems besitzen, sondern nur von dem autonomen (vegetativen) Nervensystem abhängen. Er nannte sie deshalb vegetative Neurosen, um sie klar gegen die Konversionshysterie abzugrenzen. In Anknüpfung an das Freud'sche Konzept der Angstäquivalente stellte er diese Erkrankungen als ins Pathologische gesteigerte Reaktionen des vegetativen Nervensystems auf bestimmte emotionelle Zustände dar. Das Symptom selbst leistet keine Affektabfuhr, sondern ist die somatische Seite des emotionalen Phänomens.
Spezifischen Emotionen sind bestimmte vegetative Verhaltensweisen des Nervensystems zugeordnet. Emotionen, deren offene Abfuhr gehemmt ist, führen zu chronischen Spannungen und diese wirken auf dem Wege des vegetativen Nervensystems auf bestimmte Organe, die, wenn der Zustand lange genug andauert, zuerst funktionell, dann auch morphologisch erkranken können. Dieser Auffassung liegt nicht mehr die Libidolehre Freuds zugrunde. Die Ursache der einzelnen Störungen sieht Alexander in bestimmten unbewußt gelebten "Grundkonflikten". Diese sind meist unbewußte, miteinander kollidierende Bedürfnisse ("needs") oder Antriebe, wo der Ursprung dieses Grundkonflikts meist schon in der frühen Kindheit zu suchen ist. Erst diese überschaubarere Auffassung führte zu fruchtbaren Forschungsansätzen über die spezifische, den einzelnen somatischen Krankheitsbildern zugeordnete Neurosenstruktur bzw. Grundkonflikte.

Erst auf Grund dieser letzten Theorie konnte man nun auch Krankheiten wie den Diabetes mellitus psychosomatisch exakt zu erfassen versuchen.

---

1) F. Alexander: a.a.O., S. 36

IV. Die Frage der Krankheitsspezifität von Persönlichkeitstypen und Konflikten in der Psychosomatik

Wenn auch bei den meisten Forschern der Psychosomatik heute Übereinstimmung herrscht über die Bedeutsamkeit von prämorbiden Persönlichkeitsstrukturen, von früheren Grundkonflikten und späteren auslösenden Konflikten für die Entstehung auch der sich im leiblichen Bereich äußernden Krankheiten, so gehen die Meinungen über die Spezifität dieser Konflikte und Persönlichkeitsstrukturen für die Entstehung der einzelnen Krankheitsbilder doch auseinander. Ein typischer Vertreter der Auffassung, die auf Grund der Erfahrungen die Spezifitätstheorie verneinen zu können glaubt, ist im deutschen Sprachraum E. S t e r n[1]. Er stellte zur Prüfung dieser Frage drei Hypothesen auf: Es besteht eine spezifische Beziehung
1. zwischen einem bestimmten Persönlichkeitstypus und bestimmten somatischen Erkrankungen;
2. zwischen spezifischen Konflikten und bestimmten Krankheiten, oder es besteht
3. kein spezifischer Zusammenhang.

S t e r n geht diese Frage mittels Exploration und testpsychologischen Methoden an, indem er sie vorwiegend bei Allergie- und Lungen-Tbc-Kranken zu prüfen versucht und kommt zu dem Schluß, daß zwischen einem bestimmten Persönlichkeitstypus und bestimmten somatischen Erkrankungen einerseits und zwischen spezifischen Konflikten und bestimmten Krankheiten andererseits kein regelmäßiger Zusammenhang besteht.

Eines seiner wichtigsten Argumente ist, daß ähnliche frühkindliche Frustrationserlebnisse bei ganz verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen sich finden lassen. Außerdem kommen doch diese Störungen auch bei Psychoneurotikern, die keinerlei körperliche Symptome aufweisen, vor. Er stellte daher die These auf, daß alles, was den Menschen in schwierige Situationen verwickle und ausweglose Konflikte schaffe, als auslösendes Moment für ganz verschiedene psychosomatische Krankheitsabläufe in Frage komme.

---

1) E. Stern: "Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psycho-somatischen Medizin", Zeitschr.f.psychosomat.Medizin 1957/58, S. 153

S t e r n fand dagegen einen gemeinsamen Faktor bei a l l e n später psychosomatisch Erkrankten und zwar vor allem die frühen Gestörtheiten der Kind-Eltern-Beziehungen, insbesondere der Kind-Mutter-Beziehung.
Eine ähnliche Meinung vertritt auch J. R u e s c h[1].
S t e r n und R u e s c h gingen von der Tatsache aus, daß es ja beim Kinde die Tendenz zur Umsetzung der Affekte ins Somatische überhaupt größer ist als in reiferen Jahren, weil dem Kinde viel weniger nichtsomatische Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Im Laufe der seelischen Entwicklung und abhängig vom Ausmaß der seelischen Reifung tritt allmählich eine " D e s o m a t i s i e r u n g " (nach M. S c h u r)[2] ein. Tritt aber in dem Reifungsprozeß eine Regression ein oder ist die Desomatisierung von gewissen emotionellen Funktionen nicht in genügendem Ausmaß vollzogen, so kann die verstärkte somatische Erscheinungsweise der Affekte immer auftreten.
Demgemäß fand auch J. R u e s c h bei solchen Patienten fast immer zurückgebliebene i n f a n t i l e Z ü g e in deren Persönlichkeit auch im erwachsenen Alter. Der gemeinsame Nenner der psychosomatischen Erkrankung bestünde demnach darin, daß die Entwicklung der Persönlichkeit zur vollen Reife aufgehalten worden sei. Und die somatische Manifestierung von Konflikten ist dieser Meinung nach eine infantile Ausdrucksform derselben. Das Gemeinsame dieser Patienten sei, daß sie alle in erhöhtem Ausmaß nach Befriedigung und Sicherheit suchen und es fehlt ihnen die Kontrolle über ihre Feindseligkeit, sie hatten auch nie gelernt, auf die Befriedigung ihrer Triebsansprüche zu verzichten.
Eine im wesentlichen ähnliche Auffassung vertreten auch einige Forscher in den USA (S c h u r , M. G i t t e l s o n , zum Teil auch G r i n k e r u.a.)[3].

Zunächst macht gegen Sterns These die Verneinung der Spezifität K i l i a n[4] mit Recht geltend, daß eine A f f i n i t ä t eines bestimmten psychischen Konfliktes oder einer bestimmten psychischen Struktur zu einem bestimmten körperlichen Symptom nicht notwendigerweise die A u s s c h l i e ß l i c h k e i t

1) zit. nach Stern, a.a.O.
2) M. Schur: Comments on the Metapsychology of Somatisation
3) M. Gittelson: "A Critique of ...", a.a.O.
4) H. Kilian: "Triebstruktur und Tbc.", unveröff.med.Diss., München 1953

einer Verarbeitung in dieser einen Richtung bedeuten müßte.

Die Frage, warum psychosomatisches Leiden und nicht Psychoneurose kann wohl zunächst, wie es auch Stern selbst einräumt, mit der Tatsache der Multikausalität beantwortet werden, d.h. in diesem Falle, daß unter den Ursachen das "somatische Entgegenkommen" zur Ergänzung der Ursachenkette mit berücksichtigt werden muß. Wir können jedoch die These aufrechterhalten, daß, wenn wir eine große Häufung g l e i c h f ö r m i g e r psychischer Initialschäden bei einem bestimmten somatischen Krankheitsbild finden, so kann man wohl eine r e l a t i v e A f f i n i t ä t dieser Grundkonflikte oder Persönlichkeitszüge zu diesem Krankheitsbild nicht ausschließen.

Einen ähnlichen Standpunkt vertreten im wesentlichen auch H. B i n s w a n g e r und die daseinsanalytische Schule, wenn auch diese Lehrmeinung nicht von gewissen Widersprüchen frei ist. Wenn sie auch Ursache-Wirkung-Zusammenhang zwischen Psychischem und Somatischem grundsätzlich ablehnen, bejahen sie wohl eine Z u o r d n u n g von Erlebnisbereichen zu bestimmten Organen und ihren Erkrankungen, wie z.B. der sog. orale Charakter und der wesensverwandte depressive Charakter dem oberen Abschnitt des Verdauungstractus zugeordnet werden. Wenn man auch nicht von der Spezifität eines Persönlichkeits t y p u s sprechen könne, so zeigt sich doch, daß die i n d i v i d u e l l e Persönlichkeit beim Zustandekommen psychosomatischer Erkrankungen bedeutsam ist. Man konnte zwar bisher keine spezifischen, wohl aber s p e z i e l l e Beziehungen feststellen. "Weder Grund- noch Auslösungskonflikte können hier spezifisch, d.h. ursächlich in Betracht kommen, wohl aber häufige und spezielle Konflikte, nämlich Versuchungs- und Versagungssituationen"[1], die für gewisse Persönlichkeits s t r u k t u r e n typisch sind.

---

1) H. Binswanger: "Stellungnahme zur Frage der Spezifität." Zeitschr. für psychosomatische Medizin 1957/58

Eine Arbeitsgruppe an der Psychosomatischen Abteilung der Münchener Universitätspoliklinik (Leiter Prof. Seitz), die sich der Auffassung F. A l e x a n d e r s weitgehend anschließt, wendet mit Recht gegen die These E. S t e r n s ein:

a) Wir können nicht von einer Spezifität der Konflikte o d e r der Persönlichkeitstypen, sondern möglicherweise von einer K o m b i n a t i o n oder W e c h s e l w i r k u n g der beiden sprechen.

b) Es hängt von der Adäquatheit der herangezogenen Typenbegriffe ab, ob wir sie einem der psychosomatischen Krankheitsbilder zuordnen können.

Die von E. S t e r n angewandten Typen von K r e t s c h m e r , J a e n s c h u.a. sind Typen, mit denen man in der meist psychoanalytisch orientierten Psychosomatik nicht auskommen kann. Sie sind vielmehr für diese Fragestellung Oberflächenbilder der Persönlichkeit. Was in der Psychosomatik häufig als spezifische Persönlichkeitsstruktur angesprochen wird, ist nicht identisch mit den vorgenannten Typenbegriffen, sie ist vielmehr Antriebsschicksal und -struktur bzw. Antriebsgehemmtheiten.[1]

Demnach kann wohl der Fehlbefund S t e r n s a u c h an der Inadäquatheit nicht nur seiner angewandten Typenbegriffe, sondern auch an seiner Methode, der des Persönlichkeitstestes, liegen, mit welcher die evtl. vorhandene differenziertere und tieferliegende Spezifität nicht erfaßt werden konnte.

---

1) Cremerius, Elhardt, Hose, Kilian: "Stellungnahme zur Frage der Spezifität". Zeitschr.f.psychosomatische Medizin 1957/58

V. Methodenkritische Betrachtungen über die psychosomatische Forschung

1. Die Fragestellungen psychosomatischer Untersuchungen

Die psychosomatischen Arbeiten über organisch Kranke unterscheiden sich vielfach in ihrer Fragestellung und damit auch in der darin ausgedrückten Konzeption.

Eine Art von Untersuchungen setzt sich zum Ziel die reaktiven seelischen Auswirkungen der somatischen Krankheit auf den Kranken festzustellen. Bei manchen dieser Arbeiten wird die Frage bewußt lediglich auf die seelischen Verarbeitungsformen der Traumen der somatischen Krankheitsmanifestation, bzw. des Krankseins überhaupt beschränkt.[1] Bei den übrigen Untersuchungen dieser Art kommt aber häufig implizite die dahinterliegende Vorstellung zum Ausdruck, daß die somatische Krankheit als solche ihren Träger als ein Fremdkörper überfällt, wobei die leibliche Krankheit mit der prämorbiden Persönlichkeit und der vorangehenden Lebensgeschichte nichts zu tun hat.[2] Man kann gegen diese Auffassung einwenden - und das ist die am meisten akzeptierte Meinung - daß eine solche Konzeption nur noch bei einer beschränkten Zahl von Krankheiten, meistens physisch-traumatischer Art, adäquat angewendet werden kann, viel weniger aber bei Krankheitsprozessen komplizierterer Art. Bei letzteren wird von den meisten Forschern eine reziproke Wirkung sowohl im Bereich der verschiedenen somatischen Faktoren wie auch zwischen den psychischen und den somatischen Faktoren angenommen.

In anderen Arbeiten wird die Frage nach den psychischen Entstehungsgründen der Krankheit gestellt. Häufig wird aber auch in diesen Arbeiten durch ein einseitiges, monokausales Denkmodell der Weg zum adäquaten Verständnis verbaut, indem man in einem einzigen, oft simplen seelischen Ereignis oder einem einzigen Wesenszug oder Konflikt die Erklärung für das ganze Krankheitsgeschehen zu finden hofft.[3]

---

1) Zierl: "Zur seelischen Entwicklung des diabetischen Kindes", Ärztl. Wochenschrift 9. 974 (1954)

2) Melzer: "Psychodiagnostische Untersuchung an Lungentuberkulosekranken. Beiträge zur Klinik der Tbc (1950)

3) H. Wiek: "Klin.Untersuchungen z.Psychomatik d.Ulcuskrankh." Fortschr.d.Psychiatrie u. Neurologie III 1959

Es besteht ferner auch die Möglichkeit, die Psyche des organisch Kranken zu untersuchen, ohne die Frage nach dem ätiologischen Vorrang zu stellen.
Die Befunde werden als Parallelphänomene oder Gleichzeitigkeitskorrelate (im Sinne Schultz-Henckes) betrachtet, ohne dabei die beiden Tatbestände, das Psychische und das Somatische, miteinander in eine Beziehung von Ursache und Wirkung bringen zu wollen. Diese Meinung vertritt u.a. auch die existentialanalytische Schule (B i n s w a n g e r , B o s s)[1].
In diesem Fall müßten wir uns aber mit der Feststellung einer Korrelation oder Affinität zwischen den psychischen und somatischen Befunden begnügen.

Man könnte dann die Befunde auch als Folge eines psychisch-somatischen Typs deuten, wofür aber noch keine der charakterologischen Typologien auch nicht die Kretschmer'sche, ausreichen würde, wohl aber die Freud'schen Begriffe wie der "oralen" und analen Typen, die eigentlich psycho-somatische Begriffe sind. Als Möglichkeit bliebe dann nur die holistische ganzheitliche multidimensionale Betrachtung des Individuums, das in seinen psycho-somatischen Lebensäußerungen und seinem lebensgeschichtlich bedingten Geworden-sein betrachtet wird.

2. Gegenstand und Methode der verschiedenen Untersuchungen

Wir können die vorhandenen Arbeiten auch unterscheiden
a) nach den Aspekten und Ebenen der Persönlichkeit, die sie erforschen wollen und, was meistens damit zusammenhängt,
b) nach der angewandten Methode ihrer Untersuchung.

Die erste Gruppe von Arbeiten sucht nach Persönlichkeitszügen vorwiegend klinisch-erfaßbarer Art, die im Falle der Häufung bei einer organischen Krankheit sogenannte Persönlichkeitsprofile ergeben. Es geht bei ihnen um Kategorien wie Passivität-Aktivität und um in einer Exploration eruierbarer lebensgeschichtlicher Zusammenhänge.[2]

Die hier angewandten diagnostischen Mittel sind Persönlichkeitstest und Exploration. Sie werden meistens bei der

---

1) Dunbar: Emotions and bodily Changes II
2) Woelk: "Psychologische Untersuchungen bei Diabeteskranken mit Hilfe des W.Z.T.-Testes". München, Diss. 1958

ersten und der dritten Kategorie der genannten Fragestellungen mit Berechtigung angewandt.
Die testpsychologische Methode hat, wie bekannt, den Vorteil der Objektivität und Kontrollierbarkeit. Insofern sie aber zur Beantwortung der ätiologischen Frage, im Sinne der zweiten genannten Gruppe, eingesetzt wird, ist sie häufig überfordert. Der wichtigste Einwand gegen diese Arbeiten[1] ist, daß das Vorhandensein des seelischen Syndroms prämorbid nur selten und dann auch nicht einwandfrei sich beweisen läßt. Ein weiterer häufiger Mangel dieser Arbeiten ist das Fehlen einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe, mit der allein die Frage der Krankheitsspezifität der Befunde zu beweisen wäre.
Andererseits wird von tiefenpsychologischer Seite gegen Studien von der Art des Persönlichkeitsprofils eingewendet, daß sie oft unspezifische Faktoren und Züge einschließen, und zwar vor allem, weil sie die unbewußte und dieser Ansicht nach hier ausschlaggebende Ebene überhaupt nicht oder nur ungenügend erfassen.

Aus diesem Grunde stellen andere Arbeiten die Frage nach einer bestimmten p r ä m o r b i d e n A n t r i e b s s t r u k t u r . Sie fragen nicht nach einer Beschreibung des sicht- und fühlbaren Wesens und Verhaltens eines Menschen, wie das die Arbeiten über das Persönlichkeitsprofil tun, sondern hauptsächlich nach dem an Hand einer p s y c h o a n a l y t i s c h e n Behandlung gewonnenen Material über die erschließbaren Antriebe und deren Schicksale, die spezifischen Grundkonflikte und die Verarbeitung derselben, die sich vorwiegend unbewußt abspielen.
Das ist der psychische Strukturbegriff, wie ihn auch Schultz-Hencke[2] definiert hat.
In der Methode, die in diesen Arbeiten angewandt wird, der psychoanalytischen Behandlung als Forschungsmethode, liegen neben den Vorteilen auch Ihre Beschränkungen.
Denn diese Methode erlaubt zwar während der Behandlung eine unvergleichbar minutiöse "mikropsychologische" Längsschnitt-

---

1) Woelk: "Psychologische Untersuchungen bei Diabeteskranken mit Hilfe des W.Z.T.-Testes". München, Diss. 1958
2) Schultz-Hencke: "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie", Stuttgart, Thieme 1951

beobachtung des Patienten, sie beschränkt aber auch gerade wegen der erforderlichen langen Dauer der Behandlung die Anzahl der von einem Forscher untersuchbaren Kranken.
Aus diesem Grunde basieren diese Arbeiten meistens auf einer beschränkteren Anzahl von Patienten und können desbalb die möglichen Einwände gegen die Allgemeingültigkeit ihrer Aussagen nicht befriedigend entkräften.
Abgesehen davon ergeben sich noch Schwierigkeiten beim Vergleich der Ergebnisse, die von den verschiedenen Schulen, die mit verschiedenem begrifflichen Bezugsrahmen arbeiten, gewonnen wurden. So können wir die meisten ihrer Aussagen lediglich als äußerst wertvolle Hypothesen betrachten, deren Allgemeingültigkeit einer Verifizierung an Hand einer signifikant großen Anzahl von Fällen bedarf.

Der Methode - nämlich der Psychoanalyse - nach gehören auch die Arbeiten von der Schule um A l e x a n d e r in die vorher genannte Kategorie; auch sie gehen nämlich dem unbewußten Schicksal der Antriebe nach.
In ihren empirisch gewonnenen Ergebnissen begnügen sie sich aber nicht mit den Kategorien der einzelnen Neurosenstrukturen (z.B. hysterisch, zwanghaft, schizoid usw.), die sich als nicht ganz spezifisch relevant erweisen. Ihre Kategorie - der K e r n - oder G r u n d k o n f l i k t - schließt unbewußte Antriebsgeschehen mit Abwehrformen ein, die in ihren Teilen in verschiedenen Strukturen vorkommen können und die sich mit den einzelnen Neurosenstrukturen nicht ganz decken.
Was nun die Rolle dieses Grundkonfliktes in der Verursachung des somatischen Krankheitssyndroms anbetrifft, äußert sich die Chikagoer Schule ziemlich vorsichtig, indem sie für ihn nicht den Anspruch der Ausschließlichkeit erhebt.

Einen wichtigen Fortschritt unter den psychosomatischen Forschungsmethoden stellt die k o r r e l a t i o n s p h y s i o l o g i s c h e Untersuchungsmethode dar. Sie wird auch vielfach innerhalb der Chikagoer Studienprojekte[1] verwendet. Ihr besonderer Vorteil ist, daß sie allein uns die unmittelbare Betrachtung der Auswirkungen psychischer Belastungen auf physiologische Funktionen, wie auch ihre exakte Messung erlauben.

1) von der Gruppe um F. Alexander

Sie untersuchen mittels exakter physiologischer Messungen die Auswirkungen experimentell gesetzter psychischer Stimuli auf die verschiedenen physiologischen Funktionen wie z.B. Blutzucker oder Hautgalvanismus und dergl. Die Untersuchungen differenzierterer Art wie z.B. die von H i n k l e und Mitarbeitern[1] wenden dabei nicht psychische Stimuli beliebiger Art an, sondern nur solche, die für den Probanden zuvor mittels Exploration sich als mehr oder minder persönlichkeitsspezifische Belastungs-(stress)Faktoren erwiesen haben.
Zwar haben sie den Vorteil, daß sie durch exakte Messungen vor und nach dem gesetzten Stress die Auswirkungen der Stimuli nachweisen können; den Einwand aber, den man gegen sie gemeinsam mit anderen Experimenten mit komplexen psychischen Tatbeständen erheben kann, daß die Experimentsituation wegen ihrer künstlichen Art vielleicht nicht genau mit den komplexen Lebenssituationen vergleichbar seien, können sie nicht entkräften.
Ein weiterer möglicher Einwand gegen die Untersuchung dieser Art ist, daß in ihren experimentell gesetzten seelischen Belastungen die unbewußten Versagungs- und Versuchungssituationen nur teilweise, wenn überhaupt, berücksichtigt werden können.

Eine vierte Gruppe von Arbeiten macht die möglichen Traumata und K o n f l i k t s i t u a t i o n e n , die den Krankheitsmanifestationen vorangingen, zum Gegenstand ihrer Untersuchung. Ihr Ziel ist es, zu beweisen, daß diese eine Rolle bei dem Ausbruch der Krankheit spielen.[2,3,4]
Die Methode ist hier die Exploration, wobei aber die Definition des Traumas und der Versagungssituationen unter den verschiedenen Arbeiten sehr different ist. Einige der Arbeiten fragen einfach nur nach den bewußt erlebten allgemein einfühl-

---

1) L.E. Hinkle, Edwards and Wolf: "Studies in diabetes mellitus", zit. nach Cremerius, Elhardt, Hose, Psyche, Heft 8/9 a.a.O.
2) Westermann: "Über die Entstehung und Verschlechterung der Tbc d. Seelischen Ursachen," Beitr.z.Klinik der Tbc, 1951, Bd. 105, S. 164-171
3) Stern: "Lebenskonflikte und Krankheitsursachen," Rascher-Verlag, Zürich 1952, S. 15
4) H. Wieck et al.: "Klinische Untersuchungen ...", a.a.O.

baren Konfliktsituationen und berücksichtigen kaum oder nur unzureichend die individuelle Spezifität dessen, was in dem Einzelfall als Konfliktsituation erlebt wird. Es gilt z.B. heute schon meist als psychologische Selbstverständlichkeit, daß eine Situation wie der Krieg, der für den einen ein Stress, eine Belastungssituation darstellt, für einen anderen je nach Lebenslage und Persönlichkeit eine längst ersehnte Entlastung darstellen kann. Bei solchen mangelhaften und indifferenzierten Definitionen des Gegenstandes ist es kein Wunder, wenn die Ergebnisse manchmal negativ oder kaum signifikant ausfallen.

ZUR PSYCHOSOMATIK DES DIABETES MELLITUS-KRANKEN

Klinische Beschreibung des Diabetes mellitus
(Zuckerkrankheit oder Zuckerharnruhr)[1]

Der Diabetes mellitus in physiologischer Sicht:

Diabetes mellitus besteht physiologisch meist aus chronischen Erkrankungen des gesamten neuroendokrinen Apparates, besonders der zellulären Inselanteile des Pankreas, zuweilen vor allem in einer Störung des Hypophysenvorderlappens. Die Folge ist eine mangelhafte Verwertung der Kohlenhydrate, gestörter Glykogenaufbau und dadurch bedingte Hyperglykämie, Azidose (anfänglich kompensiert), Krankheit bleibt häufig latent und wird erst durch bestimmte Umstände (z.B. Überernährung, Erkrankungen, Klimax) manifest.

Die verschiedenen Diabetesformen in nosologischer Einteilung:

1. Insulin-, besser Insulinmangeldiabetes: absolute Insuffizienz des Inselapparates = herabgesetzte Insulinbildung. Wesen: gute Insulinwirksamkeit, daher gute Prognose. Überwiegt bei Altersdiabetes.
2. Extrainsulärer oder Gegenregulationsdiabetes: relative Insuffizienz des Inselapparates, z.T. durch mangelhafte Abgabe des Insulins, z.T. durch Überwiegen der kontrainsulären Wirkstoffe der Hypophyse (= zentraler Diabetes, z.T. durch das Verhalten des vegetativen Nervensystems wie u.a. auch vegetative Labilität."

Die klinischen Symptome des Diabetes mellitus:

1. Hyperglykämie ev. auch Glykosurie (über dem Normalen liegender Blutzuckerwert ev. auch Zuckerausscheidung im Harn); 2. starker Durst, demzufolge große Trinkmengen; 3. Gewichtsabnahme trotz überreichlicher Ernährung; 4. Mattigkeit und Depressionen; 5. Dermatosen (Hautjucken, Ekzeme besonders an den Genitalien und Schenkelfalten); 6. Furunkulosen; 7. Potenz- oder Menstruationsstörungen; 8. Neuritische Beschwerden; 9. Augenkrankheiten (Star); 10. Blutgefäßstörungen und schlechte Wundheilung.

---

1) W. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 175

B. Ergebnisse der psychosomatischen Diabetesforschung

Der Diabetes mellitus ist eines der meist versprechenden, aber bisher nur relativ wenig erforschten Gebiete der Psychosomatik. Indem wir in dem speziellen Teil unserer Arbeit die Ergebnisse der Forschung auf diesem Gebiet ausführlicher darstellen, wollen wir zugleich auch die Probleme, die uns die psychomatische Forschung überhaupt aufgibt, in dieser konkreten Form betrachten.

Die Frage nach der Bedeutung von psychischen Faktoren bei der Entstehung von Diabetes ist in der Medizin schon seit langem aufgetaucht. Die Auswirkung psychischen "Stress'" auf den Kohlenhydratstoffwechsel ist bereits durch die korrelationsphysiologischen Untersuchungen von H i n k l e et al.[1] experimentell nachgewiesen worden. Es besteht eine einheitliche Ansicht über den E i n f l u ß s e e l i s c h e r F a k t o r e n beim Diabetes im allgemeinen. Die Anerkennung seelischer Faktoren als ätiologisches Moment wird jedoch zumindest sehr umstritten.

S t a t i s t i s c h e B e f u n d e d e r P s y c h i a t r i e

Der Zusammenhang zwischen Melancholie und Diabetes ist schon in vielen Untersuchungen aufgefallen. Die Untersuchungen von L. D u c[2] an 5991 Patienten aus den Schweizer Heil- und Pflegeanstalten ergaben 27‰ Diabetiker unter den Depressiven und 73‰ (manifest) unter den Paranoikern. Nach T e n - B e r g h (1952) kommt Suizid bei Diabetikern 7,5 mal häufiger vor als in der normalen Bevölkerung.

Bei den Depressiven handelte es sich stets um die depressiv-paranoischen Mischformen.[3]

---

1) zit.nach Cremerius, Hose, Elhardt: a.a.O.
2) L. Duc: "Contribution à l'étude des troubles du metabolisme hydrocarbone dans le affections mentales, Diabète et psychoses." Arch.suiss.neurol. 69.5. (1952)
3) siehe L. Duc, Anm. 2

Über die Auslösung der Psychose liegen keine Beobachtungen vor, während der Übergang einer Depression in Diabetes genau verfolgt werden konnte. Wie die psychiatrischen Beobachtungen bestätigen, waren es bei manchen der paranoid-depressiven Kranken die schweren s y m p a t i k o t o n e n Angstzustände, in deren Verlauf der Diabetes manifest wurde. Nicht zuletzt waren auch diese Beobachtungen einer der Anstöße zu exakteren Untersuchungen über die Psyche des Diabeteskranken

D u n b a r[1] hat versucht, ein schon prämorbid aufzeigbares Persönlichkeitsprofil für Diabeteskranke zu finden, und stellte folgende wichtigen Merkmale heraus:

a) In der frühen Kindheit bestand eine starke Ambivalenz zwischen Auflehnung und Unterwerfung.
b) Häufig Eifersucht zwischen den Geschwistern.
c) Sie sind mehr passiv als aktiv.
d) Bei Männern häuft sich die Bevormundung durch die Mutter. Wiederholung dieses Schemas ist die Ehe. Verlangen nach Bemutterung.
e) Im Kontakt ein Pendeln zwischen Entgegenkommen und Zugeknöpftheit.
f) In der Arbeit mehr Fleiß aber wenig Initiative. Neigung sich zu zersplittern an das Unwesentliche.
g) Erhöhter Prozentsatz von latenten oder manifesten homosexuellen Tendenzen.

Mit Recht wendet A l e x a n d e r[2] gegen dieses Persönlichkeitsprofil ein, daß es sehr fraglich ist, welche der Züge wirklich spezifisch für Diabetes sind, und daß diese wahrscheinlich ein Konglomerat von spezifischen mit nicht ganz spezifischen Zügen darstellt, da diese z.T. die Reaktionsbildungen und die Abwehrmechanismen einschließen. Allerdings läßt sich auch von der Lebensphase, in der diese Abwehrmechanismen gebildet wurden, auf den wesentlichen Kernkonflikt schließen.

H i n k l e[3] fand dagegen in seinen k o r r e l a t i o n s p h y s i o l o g i s c h e n Untersuchungen die folgenden Merkmale:

---

1) Dunbar: a.a.O. zit. n. Alexander, S. 151
2) F. Alexander: Psychosomatische Medizin, S.
3) zit. nach Alexander, siehe Anm. 2

1. Ein unterschwelliges, seit der Kindheit vorherrschendes intensives Liebesbedürfnis, das auf die Mutter gerichtet ist und nie zur Zufriedenheit des Kranken befriedigt werden konnte. Das Fehlen der Erfüllung scheint bei Frauen durch die kalte oder abweisende Mutter, bei Männern durch einen feindseligen, dominierenden Vater entstanden zu sein.

2. Eine dauernde enge Beziehung zur Mutter (oder zur Mutterfigur) und starke Abhängigkeit von ihr bis in das Erwachsenenalter. Bei Frauen ist die Abhängigkeit gemischt mit Groll gegen die dominierende strafende Mutter. Die Entwicklung einer sicheren Beziehung zu Männern wird auch durch die an der Mutter erlebte Unsicherheit gestört.

Bei j u g e n d l i c h e n Diabetikern (11 Vp) fand S c h w i d d e r[1] eine depressiv-zwangsneurotische Charakterstruktur mit auffälligen, unterdrückten Angstreaktionen. Die Patienten waren schon als Kinder brav, gefügig, bescheiden, ordentlich und oft sehr sparsam. Essens- und Besitzwünsche waren latent sehr intensiv, wurden aber verdrängt. Bei der Mobilisierung derselben war ihre Reaktion depressive Resignation und latente starke Erregtheit.

Z i e r l[2] fand in seiner Untersuchung mit dem Sceno-Test bei diabetischen Kindern eine große Genauigkeit, Ernst und einen überkompensierten Leistungswillen. Diese Arbeit geht aber auf den prämorbiden Charakter ihrer Patienten nur insofern ein, als dieser auf die Verarbeitung des Krankheitstraumas einen Einfluß hatte. Ihre Fragestellung galt nur der Verarbeitung, ohne die Frage nach dem eventuellen Zusammenhang mit der Entstehung der Krankheit zu stellen. Auch S c h w i d d e r zieht aus seiner Untersuchung keine Schlüsse auf die ätiologische Bedeutung seiner Befunde.

---

1) Schwidder: Diabetes mellitus, Kongreßbericht, Juni 1951 Berlin

2) W. Zierl: "Zur seelischen Entwicklung des diabetischen Kindes", Ärztl. Wochenschrift 9. 1956, 974

Es sind noch zwei Arbeiten zu erwähnen, die beide Persönlichkeitstests angewandt haben, im einen Fall den W.Z.T., im anderen den Szondi-Test, bei je 40 Pb.[1,2] Beide haben bei der Mehrzahl der Pb. eine o r a l e S t ö r u n g bzw. Fixierung feststellen können. Mit dem Szondi-Test konnte außer Merkmalen der D e p r e s s i o n mit p a r a n o i d e n Z ü g e n in der Mehrzahl der Fälle eine Defizienz der "Egoifizierungsfunktion" festgestellt werden, was mit der Unfähigkeit, irgendwelche Objekte i c h h a f t zu assimilieren, verbunden ist, während die peripheren Mechanismen des Greifens ständig in Gang gehalten werden.
Die Kontaktfähigkeit zeigt sich in den Ergebnissen beider Untersuchungen - auch bei der mit W.Z.T.[1] - allgemein vermindert. In der Studie mit W.Z.T. war noch die Schwäche des Selbstgefühls, d.h. des I c h s festzustellen, was mit einer gewissen Häufung der Zeichen ausgesprochener Infantilität in der Szondi-Untersuchung übereinstimmt. Außerdem sind noch in 33% der Fälle der Szondi-Studie g e n i t a l e Störungen gefunden worden.
Unter den A b w e h r m e c h a n i s m e n überwiegen in den Befunden des W.Z.T. eine nüchterne, verstandesbetonte D i s t a n z i e r t h e i t neben Introversion in einigen, analen A b w e h r h a l t u n g e n wie Pedanterie, Genauigkeit, Enge und Mißtrauen, Beobachten oder Beobachtetwerden in anderen Fällen.

In beiden Studien konnte ein Unterschied zwischen den Jugenddiabetikern (Krankheitsmanifestation vor dem 35. Lebensjahre) und Altersdiabetikern in dem Sinne nachgewiesen werden, daß die Jugenddiabetiker schwerere d e p r e s s i v e bzw. genitale Störungen aufwiesen als die Altersdiabetiker und daß im W.Z.T. bei den Altersdiabetikern eine o r a l e - r e z e p t i v e Haltung in größerer Häufung vorkam.

---

1) K. Woelk: "Psychologische Untersuchung von Diabetikern mit Hilfe des Wartegg-Zeichentestes", Diss. München 1958

2) M. Kellner: "Psychische Faktoren bei Diabetes mellitus im Lichte d. Szondi-Testes", Diss. München 1957

Methodologisch könnte man der W.Z.T.-Arbeit hauptsächlich das Fehlen eines Vergleichs mit der anderer chronisch Kranker bemängeln, die mit den gleichen Testverfahren untersucht worden sind. Erst dadurch hätte die Spezifität der gefundenen Symptome bewiesen werden können. Außerdem ist auch die Frage der Prämorbidität der psychischen Befunde nur ungenügend durchleuchtet worden.

Die mit tiefenpsychologischer Methode geführten Untersuchungen haben die folgenden Ergebnisse gezeigt.
Eine psychosomatische Arbeitsgruppe an der Universitätsklinik München unter Professor Seitz[1] untersuchte 100 Diabetiker in tiefenpsychologisch ausgerichteter Exploration und 9 davon wurden kürzere oder längere Zeit psychoanalytisch behandelt. Ihre Untersuchungen bestätigten die Zweiteilung des Krankheitsbildes auch vom Psychischen her in Jugenddiabetes mit Krankheitsmanifestation vor dem 35. Lebensjahr und Altersdiabetes, wo die Krankheit erst nach dem 35. Lebenslahr in Erscheinung tritt.

Viele der untersuchten A l t e r s d i a b e t i k e r schilderten ihre B e z i e h u n g z u m E s s e n als etwas Zwanghaftes, Suchtartiges. Übereinstimmend gaben sie auch an, daß, wenn die Befriedigung ihres Verlangens aus irgendeinem Grunde längere Zeit verhindert wurde, sie ihr seelisches Gleichgewicht verlieren. Bei den einen ist das ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Depression, bei den anderen ein Zustand gereizter Unruhe mit einem Unterton von Unsicherheit und Angst. Bei einer dritten Gruppe ist es in solchen Situationen zu einer dumpfen Apathie und Antriebslosigkeit gekommen, zu einem Bedürfnis, sich von der Umwelt zurückzuziehen.

Oft, wenn sie ohne Hungergefühle dem Drang nach Essen nachgeben, befällt sie eine Art S c h u l d g e f ü h l , ein seelischer Katzenjammer. Cremerius bringt das mit dem andernorts festgestellten Befund der häufigen (60-90%) Fettsucht

---

1) Cremermius, Elhardt, Hose, Kilian, Helmrich;
Cremerius: Bedeutung der Oralität für den Altersdiabetes,
"Psyche", Heft 5, 1957

bei späteren Altersdiabetikern in Verbindung.
Die Ursache dieser Freßsucht sieht Cremerius in einer frühkindlichen oralen Störung, wo die Mütter ihre mangelnde Liebesfähigkeit durch ein übergroßes Angebot von Essen zu kompensieren versuchten. Unter den psychischen S t r u k t u r e n d e r M ü t t e r dieser Diabeteskranken fanden sich:

a) die d e p r e s s i v e n Mütter, die das Kind "zum Fressen gern haben" und es so in Besitz nehmen, daß dies die normale Entwicklung aggressiv-motorischer Impulse stört.
   Die Patienten, Kinder dieser Mütter, zeigten stark infantile Züge, wenige echte Objektbeziehungen und bekamen bei jeder Entscheidung, die sie fällen mußten, Angstgefühle.
b) die z w a n g h a f t e n Mütter, die um jene Zeit der Entwicklung, wo die Kinder aggressiv-motorisch sich entfalten, sie stark beschränkten, um sie über den Triebverzicht mit Essen zu trösten.
   Wie es in den Traumbildern dieser Menschen zum Ausdruck kommt, gibt es für sie nur die Möglichkeit, entweder motorisch-expansiv oder oral zu leben.
c) die h y s t e r i s c h e n Mütter der Patienten lassen durch ihre Unbeständigkeit in den Kindern das Gefühl der Unsicherheit und mangelnde Geborgenheit aufkommen. Sehr häufig benutzten auch diese Mütter die Verwöhnung mit Essen zur Befriedigung ihrer Bemächtigungstendenzen.

Es sollen alle Möglichkeiten der oralen Störung vorkommen: Fixierung in der oralen Phase aus Gründen der Verwöhnung wie des Mangels. Dies kann auch in frühem Mangel an Lebensmitteln wie auch in den meisten Fällen an Liebe und Geborgenheit liegen, aber es kann auch Folge eines frühen physiologischen Traumas sein in Form einer Infektionskrankeheit. In allen Fällen fand sich eine Ambivalenz dem Essen gegenüber, die ihre Erklärung darin fand, daß die Patienten stets dann aßen, wenn aggressive und/oder sexuelle Wünsche auftauchten. Da das Essen den primären Triebwunsch nicht befriedigt, bleiben sie

ungesättigt, worin die sekundäre Ursache des Vielessens zu sehen ist. Außerdem verschieben sich die Schuldgefühle, die auf den Primärwunsch bestehen, auch auf das Essen. Bei den meisten Fällen war die Depression in Form von mehr oder weniger starken Strukturanteilen das Primäre. Freßsucht-Fettsucht war nur ein Aspekt derselben und es gelang ihr meist, bis über das 35. Lebensjahr hinaus den Grundkonflikt zu beschwichtigen. Die Hypothese ist, daß die Angst und Kampfstimmung, in die die Patienten geraten sind, der wesentliche Faktor für die Erklärung der Tatsache ist, daß aus der Fettsucht eine Diabetes wird.

Die vorläufigen Ergebnisse der unabgeschlossenen Untersuchungen im Chikagoer Institut von F. A l e x a n d e r[1] zeigten, "daß der Diabetiker irgendeinen mit dem Nahrungserwerb in Zusammenhang stehenden Grundkonflikt in sich trägt und daß dieser Konflikt sich in übersteigerten oral-aggressiven, einverleibenden Tendenzen widerspiegelt. Diese Einverleibungsantriebe manifestieren sich auf ganz verschiedene Weise. So kann es zur Neigung, Nahrung zu verweigern, mit anschließend gesteigertem Nahrungsbedürfnis kommen. Dieses Bedürfnis kann sich in dem Wunsch, ernährt zu werden, und in exzessiven F o r d e r u n g e n n a c h r e z e p t i v e r B e f r i e d i g u n g in der z w i s c h e n m e n s c h l i c h e n B e z i e h u n g äußern. Die Einverleibungsimpulse manifestieren sich auch in einer Ü b e r s t e i g e r u n g der M u t t e r i d e n t i f i z i e r u n g, so daß es als Folge davon auch zu einer S c h ä d i g u n g der p s y c h o s e x u e l l e n Entwicklung kommen kann. Beim Manne führt diese übersteigerte Mutteridentifizierung zu einer Verstärkung der fundamentalen B i s e x u a l i t ä t, bei der Frau ruft die Identifizierung mit der feindseligen Mutter eine ausgeprägte Abwehr gegen die weibliche Sexualität, insbesondere in bezug auf die Fortpflanzungsfunktionen hervor." Die k o r r e l a t i o n s p h y s i o l o g i s c h e n Untersuchungen von Alexander zeigten, "daß

---

1) F. Alexander: a.a.O., S. 152

die Harnzuckerausscheidungen ihrer Patienten unter Verschärfungen des Konfliktes zwischen ihren infantilen Wünschen, zu bekommen und versorgt zu werden, und den Anforderungen, zu geben und andere zu versorgen, zunehmen. Rückzug aus diesem Konflikt in Selbstmitleid und Passivität war mit der Abnahme einer Harnzuckerausscheidung verbunden". Alexander läßt einerseits die Möglichkeit offen, daß beide, Diabetes und die oral-inkorporativen Tendenzen, ursprünglich auch Ausdruck eines vererbten physiologischen Fehlers sein können. Das mit einer solchen Anlage geborene Kind könnte seine biologischen Bedürfnisse nie befriedigen. Andererseits ließe sich viel Pathologisches, wie auch das manchmal gefundene Depressiv-Paranoide im psychischen Bild des Diabetikers auch auf die reaktiven Auswirkungen des Krankseins und die Anpassungsprobleme an die Welt zurückführen.

Zusammenfassend lassen sich also folgende theoretische Konzeptionen über die psychosomatische Ä t i o l o g i e der Diabetes unterscheiden; wobei aber die Gültigkeit von einer oder allen drei theoretischen Modellvorstellungen nicht eine gegenseitige Ausschließlichkeit bedeutet: [1]

a) Es besteht im Erlebnisbereich bei bestimmten, in der frühen Kindheit gestörten Menschen eine enge Koppelung zwischen dem Essen und der Liebe. Es werden gewisse Frustrationen, die unbewußt als Liebesentzug registriert werden, unbewußt auch als Entbehrung von Nahrung empfunden. Gleichzeitig mit diesem Erlebnis reagiert nun der Blutzuckerspiegel als befände man sich im H u n g e r z u s t a n d . Die aufgenommenen Speisen, die für die Befriedigung des eigentlichen Mangels inadäquat sind, bleiben unbeachtet und es kommt zur Versorgung aus den eigenen Reserven, d.h. es wird ein übermäßiges Blutzuckerquantum aus den Reserven ins Blut geholt (Alexander, Bleuler, Margolin, Hinkle).

b) Auf Grund einer genetisch bedingten Koppelung zwischen Nahrungsaufnahme und Liebe im Erlebnisbereich kommt es bei bestimmten Menschen durch die N a h r u n g s a u f n a h -

---

1) Cremerius, Hose, Elhardt: Psychosomatische Konzepte der Diabetes, "Psyche", 1956/57, Heft 4/X, S. 791

m e zur Befriedigung verschiedener, nicht mit der Ernährung zusammenhängender Bedürfnisse. Sie versuchen Konfliktssituationen durch vermehrtes Essen zu bewältigen. Aus der Freßsucht wird Fettsucht, und diese kann durch dauernde Hyperglykämie (hoher Blutzucker) durch eine Überbeanspruchung des Inselapparates zum Diabetes führen (Alexander, Hinkle, Bleuler).

c) Infolge gewisser psychischer Störungen in der frühen Kindheit bestehen bei gewissen Menschen unbewußte Ängste, auf die der Körper über Jahre so reagiert, als wären sie eine Bedrohung der physischen und der psychischen Sicherheit.

Unter den Mechanismen, die der Organismus normalerweise bei Bedrohung entwickelt, ist vor allem die Mobilisierung von Blutzucker aus den Reserven zu nennen. Infolge der unbewußten chronischen Ängste sind die K a m p f - u n d F l u c h t - r e a k t i o n e n ständig in Bereitschaft und damit wird gerade die chronische Hyperglykämie unterhalten, und so führt es zur Erschöpfung des Inselapparates und schließlich zur Diabetes.

C. Eigene empirische Untersuchungen über die Psyche des Diabeteskranken

I. Fragestellung und Arbeitshypothesen, Methoden und Material

Mit unseren eigenen Untersuchungen bezweckten wir in erster Linie die Prüfung folgender Arbeitshypothesen:

1. A r b e i t s h y p o t h e s e n ,

1. Hypothese:
Der Diabeteskranke unterscheidet sich sowohl vor wie auch nach der Krankheitsmanifestation in gewissen seelischen Abweichungen von dem Nicht-Kranken.
Der Diabetes mellitus zählt also zu den sogenannten psychosomatischen Krankheitsbildern im engeren Sinne.
Um diese Hypothese verifizieren zu können, stellten wir uns folgendes K r i t e r i u m :

Wenn sich in unserer Gruppe von Diabeteskranken gewisse seeliche Abweichungen in einer signifikant größeren Häufigkeit als bei einer vergleichbaren Gruppe von Nicht-Kranken zeigen werden, ferner wenn diese oder andere Abweichungen und Auffälligkeiten in der Lebensgeschichte bei den Diabeteskranken schon vor der Manifestation des Diabetes auftreten werden, so können wir unsere 1. Hypothese als bestätigt betrachten.

2. Hypothese:
Dem Diabeteskranken sind bestimmte s p e z i f i s c h e , von anderen Krankheitsbildern sich unterscheidende Merkmale seelischer Andersartigkeit zu eigen.

Für die A r t der zu erwartenden spezifischen seelischen Eigenart dienten uns die im vorangegangenen Teil angeführten Ergebnisse der bisherigen psychosomatischen Diabetesforschung als Hypothesen (vor allem schon prämorbid vorkommende Depressionen; frühkindliche Gestörtheit; depressive Antriebsstruktur oder Teile davon; Kontaktstörungen und psychosexuelle Störungen).

Um diese Fragen untersuchen zu können, wandten wir drei psychodiagnostische Instrumente an: die gezielte Exploration, den thematischen Apperzeptionstest und den Rorschach-Test.

Ein weiteres wichtiges Anliegen unserer empirischen Untersuchung ist die v e r g l e i c h e n d e B e t r a c h t u n g d e r r e l a t i v e n E r g i e b i g k e i t u n d R e i c h w e i t e dieser psychodiagnostischer Methoden für die psychosomatische Fragestellung.
Aus diesem Grunde werden wir die Ergebnisse der von uns angewandten jeweiligen Methoden auch separat zusammenstellen, um sie dann hinsichtlich ihrer Ergiebigkeit zu vergleichen.

2. D i e M e t h o d e n

Bei der Wahl der genannten psychodiagnostischen Mittel verfolgten wir folgende Ziele:

1) D i e g e z i e l t e E x p l o r a t i o n

Mit dieser Methode wollten wir die Persönlichkeit auch vor der Manifestation des Diabetes - soweit möglich - erforschen. Neben den großen Vorteilen dieser Methode verringern zwei Faktoren die Ergiebigkeit der einzelnen Explorationen; einmal war die zur Verfügung stehende Zeit relativ kurz, und zum anderen hängen ja immer Informationsbreite und -tiefe einer solchen Methode von der sehr variablen Kontaktoffenheit des Explorierten ab. Es sollten dabei folgende Hypothesen geprüft werden:

a) V o r der Krankheitsmanifestation wird eine gewisse, mehr oder weniger spezifische Konflikt- oder andere psychische Belastungssituation aufzuweisen sein;
b) schon in der f r ü h e n Kindheit der Kranken werden schwere psychische Schädigungen (aus ihrer Lebensgeschichte) nachzuweisen sein;
c) v o r und nach der Krankheitsmanifestation werden gehäuft d e p r e s s i v e Persönlichkeitsmerkmale aufzufinden sein.

Es wurden daher in der Exploration gezielt berücksichtigt:

a. Die seelische Situation und Verfassung des Kranken kurz vor der Manifestation der Krankheit;
b. die Lebensgeschichte des Kranken mit besonderer Rücksicht auf die Kindheit und auf die Beziehung zu den beiden Elternteilen;
c. die eigentümlichen Versagungsanlässe und die habituellen Reaktionen des Kranken bei diesen Anlässen.

2) Der thematische Apperceptionstest (T.A.T.)

Unser Ziel bei dieser Untersuchung war, gemäß dem ursprünglichen Zweck und der Absicht des Autors Murray, eine Ergänzung der bewußten Aussagen der Exploration. Wir wollten in erster Linie näheres und tiefer Liegendes über die Mutter- und Vaterbeziehungen, wie auch über die Aggressionshandhabung unserer Kranken erfahren, da nach den Hypothesen der bisherigen Forschung diese Bereiche sich für den Ursprung der späteren seelischen Störungen bei Diabeteskranken als bedeutsam erwiesen haben. Andererseits ist es ja gerade in diesen Bereichen so, daß aus bewußten oder unbewußten Gründen, die Aussage in der Exploration die tiefer liegenden, eigentlichen Einstellungen häufig nicht verrät. Um das Verfahren abzukürzen haben wir uns auf jene drei Bildertafeln beschränkt, die in ihrer thematischen Valenz eine besondere Relevanz für unsere Fragestellung besaßen und deren zwei auch gemäß den Befunden von Murray und Stein[1] als die ergiebigsten sich erwiesen haben. Für die Berechtigung der Anwendung eines beschränkten Verfahrens für eine umgrenzte Fragestellung sprachen die Erfahrungen auch anderer Forscher.[2,3,4]

Die angewandten Bildertafeln waren:
Für die männlichen Pb.:
6 BM (Eine kleine ältere Frau steht - ihren Rücken einem jüngeren Mann zugewendet - an einem Fenster, der Mann

---

1) W.J. Revers: Der T.A.T., Bern-Stuttgart, H. Huber-Verl. 1958
2) Loeblowitz-Lennard, zit. nach Revers
3) Reissmann in BELL: The T.A.T. in Projective Techniques, New-York-London-Toronto, 1948
4) Grygiers: "Opression"

hat den Blick gesenkt; in den Händen hält er einen Hut)

Die thematische Valenz: (nach Rappaport und Murray)[1]
"Dieses Bild führt in fast allen Fällen zur Darstellung der Mutterbeziehung des Probanden. B e l l a k weist darauf hin, daß in diesem Bild häufig Ödipuskomplexe gezeigt werden."

Bild 7 BM (Ein grauhaariger Mann mit Schnurrbart richtet seinen Blick auf einen jungen Mann, der mürrisch ins Weite schaut)

Thematische Valenz: "Dieses Bild regt die Darstellung der Vaterbeziehung des Probanden oder auch seine Einstellung zu Autoritäten oder zur älteren Generation überhaupt an (u.a. Anerkennung, Anlehnung, Hilfsbedürftigkeit, Konflikt zwischen Vaterbindung und Selbständigkeitsdrang usw.)."
Manchmal gaben wir auch noch die Tafel:

Bild 18 BM (Ein Mann mit offenem Mantel und Rock wird von hinten von drei Händen angegriffen. Der Kopf ist nach rechts gewandt, die Augen sind geschlossen. Die Gestalten, die nach ihm greifen, sind unsichtbar)

Thematische Valenz: "Dieses Bild spricht zumeist die Thematik des Erleidens von Angriff oder Gewalt an. Dabei kommt die Einstellung gegenüber Angriffen, Gewalt ausübenden Personen und Autoritäten zum Vorschein. Häufig gehört noch zum Inhalt der Geschichten auch das Thema der Trunkenheit oder das der Einstellung dazu (S u c h t) oder Unfall."

Für die w e i b l i c h e n Probanden:

Bild 7 GF (Eine ältere Frau sitzt auf einem Sofa dicht neben einem Mädchen, zu diesem hingewandt, als ob sie mit ihm spräche oder ihm etwas vorlese. Das Mädchen hält eine Puppe im Schoß und schaut weg)

Thematische Valenz: "Das Parallelbild zu 7 BM. Es regt die Darstellung der Mutter-Tochter-Beziehung an. Diese Beziehung tritt zumeist in Erscheinung im Rahmen der Darstellung des Heim-

---

1) W.J. Revers: a.a.O., 8.

und Nesterlebnisses des Kindes und der Gesinnung der Probandin dem Elternhaus und Heim gegenüber. Häufig wird die Puppe für ein Kind des dargestellten Mädchens gehalten. In diesem Falle wird die erwartete Einstellung der Mutter der Mutterschaft ihres Kindes gegenüber ausgedrückt."

Bild 12 GF (Im Vordergrund die Gestalt einer jungen Frau mit dem Gesicht zum Beschauer. Hinter ihr eine (unheimlich wirkende) ältere Frau, die rechte Hand am Mund)

Thematische Valenz: "Das Bild führt durchweg zur Darstellung der Mutter-Tochter-Beziehung bzw. die Beziehung zur älteren weiblichen Generation."

Bild 18 GF (Eine Frau hat ihre Hände um den Hals einer anderen Frau gepreßt, die sie rückwärts gegen ein Treppengeländer zu drücken scheint)

Thematische Valenz: "Es regt zur Darstellung der Einstellung zu Angriff und Gewalt von seiten einer weiblichen Person an. Tochter-Mutter-Konflikte kommen hier häufig klar zum Ausdruck."

Bei 35 unserer Pb konnten wenigstens die ersten zwei der Bilder vorgelegt werden.

Da es keine Normwerte für die einzelnen Tafeln der T.A.T. in Deutschland gibt und auch wegen der kleinen Zahl der Pb haben wir die Ergebnisse nicht quantitativ, sondern hauptsächlich ganzheitlich und in Zusammenhang mit der Exploration verwertet, mit deren Hilfe wir auch auf die Projektionsebene zu schließen versuchten. Die Auswertung erfolgte dem bewährten Gesichtspunkt nach der Annahme einer Identifikation der Pb mit der Bildfigur ähnlichen Alters.

3) Der Formdeutversuch Rorschachs

Der Test Rorschachs soll uns in erster Linie die Einsicht in die Integrationsart der verschiedenen seelischen Teile und Schichten der Persönlichkeit, wie auch in die Gefühlsansprechbarkeit und -breite und ihrer Gestimmtheiten sowie die Erfassung der Struktur und des Niveaus der Kontrollinstanzen des Ichs ermöglichen.

Durch diese Methode sollte in erster Linie Einblick in die g e g e n w ä r t i g e psychische Wesensart unserer Kranken ermöglicht werden, wobei wir aber nur in geringem Maße und das auch nur mittelbar die dynamische Antriebsstruktur im tiefenpsychologischen Sinne erfassen können.

Der Vorteil dieses Tests für unsere Fragestellung im Vergleich zu den bisherigen anderen testpsychologischen Untersuchungen bei Diabeteskranken (mit Szondi- und W.Z.-Test)[1,2] besteht darin, daß uns Vergleichs- und damit Kontrollgruppen von mittels Rorschach, unter gleichen Bedingungen untersuchten Lungen-Tbc- und Herzkranken zur Verfügung stehen, und nur der Vergleich der Gruppenauswertungen könnte die relative S p e z i f i t ä t unserer Befunde für die Diabeteskranken beweisen.

3. D a s M a t e r i a l

Unsere Versuchsgruppe bestand aus
40 Probanden, davon waren 18 Frauen (45%) und 22 Männer (55%). Ihr Alter variierte zwischen dem 14. und dem 60. Lebensjahre. Die Erwachsenen waren Patienten der Universitäts-Poliklinik, die Kinder Patienten des Schwabinger Kinderkrankenhauses in München.
Wir legten besonderen Wert darauf, daß ca. die Hälfte unserer Versuchsgruppe aus "Jugenddiabetikern" (bei denen der Diabetes vor dem 35. Lebensjahr zum Ausbruch kam) bestent, da in der Fachliteratur vielfach auf die Verschiedenartigkeit des Krankheitsverlaufes wie auch möglicherweise auf die etwas verschiedene physiologische Ätiologie (Gegenregulations- oder zentraler Diabetes) der Jugenddiabetes hingewiesen wird.

Jugenddiabetiker und Altersdiabetiker verteilten sich wie folgt:

Jugenddiabetiker	18	45%
Altersdiabetiker	22	55%

1) K. Woelk: a.a.O.
2) M. Kellner: a.a.O.

Eine Aufteilung in drei Altersgruppen ergibt folgende Proportionen:

Alter	Pb.	%
bis 20. L.J.	9 Pb	22%
21.-50. L.J.	11 Pb	*) 28%
51. u. älter	20 Pb	50%

*) außer 2 Patienten dieser Gruppe war bei allen die Krankheitsmanifestation vor dem 35. Lebensjahr.

Der hohe Anteil unserer Versuchspersonen über 50 Jahre in der gewählten Versuchsgruppe konnte nicht umgangen werden wegen der Überzahl von Altersdiabetikern gegenüber den anderen diabetischen Altersgruppen. Um aber den Einfluß des Altersfaktors auf die Testergebnisse soweit möglich kontrollieren zu können, wählten wir noch die obige Einteilung.

Folgende Krankheiten wurden neben dem Diabetes noch bei unseren Probanden vorgefunden:
Lungen-Tbc: 1 Pb.
Magenulcus: 1 Pb.
Epilepsieähnliche Symptome, jedoch keine sichere Epilepsiediagnose: 2 Pb.,(davon 1 Frau sterilisiert).
S o z i a l e Herkunft:
Unsere Kranken kamen aus verschiedenen Berufsschichten, wobei aber die höheren Bildungs- und Gesellschaftsschichten in der Minderheit waren, wie dies auch in unseren Vergleichsgruppen der Fall war.

II. Gezielte Exploration

1. B e f u n d e

Bei der Erfragung einer Versagungs- oder Belastungssituation (Stress) zur Zeit der Krankheitsmanifestation oder vor ihr waren wir bemüht, außer den leicht verständlichen Situationen auch solche zu berücksichtigen, die nur im Zusammenhang mit der individuellen Lebensgeschichte und dem spezifischen Werdegang eines Menschen verständlich sind.

a. In insgesamt 35% der Fälle konnten solche Versagungssituationen unmittelbar vor der Krankheitsmanifestation in unserer Exploration aufgezeigt werden. Es ist anzunehmen, daß dieser Prozentsatz nicht die Grenze nach oben darstellt. Die Versagungsanlässe variierten von solchen leichter einfühlbarer Art wie z.B. nach dem Selbstmord des Ehemannes, durch den die ganze Last einer ausweglosen finanziellen Lage auf die Patientin fiel, oder der Untreue der Ehefrau bis zu solchen nur erschließbarer Art wie der Fall eines jungen Studenten, bei dem die übermäßige Fürsorge der Mutter den Konflikt mit den Triebesstürmen und den Männlichkeitsstrebungen der Pubertät verstärkt hat.

G., Student, 26 Jahre

Seine Sprechweise ist etwas zackig. Diese Zackigkeit benützt er besonders in Situationen, wenn er sich unsicher fühlt. Dies steht in sonderbarem Gegensatz zu den weichen Gesichtszügen. Es fallen auch die hervorstehenden vorderen Oberzähne auf, die wie es sich später bestätigt hat, Folgen des langen Daumenlutschens sind. Seine Mutter schildert er als energisch und vital, anscheinend energischer als den Vater. Sie überrollt ihn manchmal, nicht zuletzt mit ihrer beengenden Fürsorge. Die Beengung durch die Mutter hatte, wie er meint, folgende Gründe: 1. die Überängstlichkeit der Mutter und 2. den Wunsch der Mutter, ihren Sohn als Ersatz für den im Kriege abwesenden Vater ganz für sich zu haben. Er leidet seit jeher an periodischen Depressionszuständen. Der Diabetes manifestierte sich in seinem 17. Lebensjahr. Dies kann mit seiner sehr krisenhaft ablaufenden Pubertätsproblematik zusammenhängen, wo seine Strebungen nach Männlichkeit auf die Mutterbindung stießen, sowohl infolge der Einengung der Expansionsfähigkeit als auch der Verwöhnung. Dies kann die Regression auf die orale Fixierungsstelle in dem Diabetes (früheres langandauerndes Daumenlutschen, starke Bevorzugung von Süßigkeiten und die Verwöhnungshaltung der Mutter) begünstigt haben.
NB.: Keine sonstige Diabeteserkrankung in der Familie bekannt.

b. Es ergab sich ferner in der Exploration ein hoher Prozentsatz (45%) von Pb mit depressiven Persönlichkeitszügen.

Diese schon prämorbid in Erscheinung getretenen depressiven Züge variierten allerdings von solchen prägnanterer Art mit Selbstmordimpulsen oder regelmäßigen periodischen depressiven Verstimmungen bis zu Persönlichkeitszügen latenterer Art, wie habituelle Resignation und Pessimismus, starke irrationale Schuldgefühle usw.

c. Die sogenannten oralen Züge, worunter wir Erscheinungen wie Freß- und Fettsucht, Gier, besondere Neigung zu Nascherei verstehen, konnten bei 22% der Fälle festgestellt werden.

d. In der Lebensgeschichte der Pb. war in 32,5% der Fälle eine wenn auch infolge verschiedener Gründe ä u ß e r s t s c h w e r e F r ü h k i n d h e i t festzustellen.

Zum Beispiel in 15% der Fälle handelte es sich um außereheliche Kinder, die zum Teil schon ganz früh von der Mutter getrennt wurden, um in Heimen oder bei Pflegeeltern erzogen zu werden. Bei den übrigen waren es auch solche frühen "Stress-Situationen", die zweifellos die Entwicklung des Ich beeinträchtigen mußten. Die Frage, ob die Pb. von einer glücklichen oder weniger glücklichen Kindheit berichten konnten, wie sie in manchen einschlägigen Arbeiten angewendet wird, haben wir als erfahrungsgemäß ungenügend relevant bei unseren Untersuchungen n i c h t berücksichtigt.

e. Bei 25% unserer Fälle konnten wir schon an Hand der Exploration auf Störungen der Sexualität schließen.
Bei den manifesteren Fällen waren es Unterleibsbeschwerden ohne organischen Befund, bei den latenteren waren offenbare Entwicklungshemmungen mit überstarker Bindung an einen der Elternteile, die eine normale vita sexualis überhaupt nicht oder erst nach der ersten Lebenshälfte - meistens nach dem Tode des entsprechenden Elternteils - zuließen.

Frau F., Hausfrau, 37 Jahre alt, Jugenddiabetikerin:
Schwammiges, blasses Gesicht. Schüchtern und depressiv wirkende Erscheinung mit knapper Intelligenz. Leidet schon seit vor der

Manifestation des Diabetes, an gynäkologischen Beschwerden und Schmerzen beim Verkehr, ohne daß bei ihr irgendein organischer Befund festgestellt werden konnte.

Schon dieser Befund stellt die auch klinisch bekannte Tatsache der Potenzstörungen bei Diabeteskranken in ein anderes Licht. Die Tatsache, daß die genannten Sexualstörungen schon v o r d e m K r a n k h e i t s a u s b r u c h in Erscheinung traten, stellt den Erklärungsversuch der Potenzstörungen als somatische Folgeerscheinung der Stoffwechselkrankheit äußerst in Frage.

f. Zwei der untersuchten Patienten waren zur Zeit der Untersuchung in p s y c h o t h e r a p e u t i s c h e r Behandlung bzw. hatten eine solche schon abgeschlossen.
Beide berichteten, daß außer der Linderung der neurotisch depressiven Symptomatik während der Behandlung sich auch ihre vorher äußerst labilen Blutzuckerwerte stabilisiert hätten.

2. D i s k u s s i o n d e r E x p l o r a t i o n s - B e f u n d e

Zunächst muß die relativ gute Ergiebigkeit dieser Methode in unserer Krankengruppe trotz der schon eingangs erwähnten Beschränkungen und die dadurch bedingten Variationen erwähnt werden. Bemerkenswert ist nicht nur, daß in den meisten Fällen ein rascher und tragfähiger Rapport hergestellt werden konnte, sondern daß die Kranken - im Gegensatz zu manchen von einseitig somatisch ausgerichteten Medizinern geäußerten Bedenken - meistens sogar dankbar auf das Bemühen ansprachen, auf sie und ihre Persönlichkeit einzugehen. Dadurch kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß ein psychotherapeutischer Versuch Aussicht auf Wirkung haben könnte.

Bei der Bewertung unserer Ergebnisse werden uns neben den großen Vorteilen auch die Beschränkungen der Exploration als F o r s c h u n g s m e t h o d e gegenwärtig. Denn wenn es uns bei gelungenem Rapport und richtigem Vorgehen in vielen Fällen möglich ist, in relativ kurzer Zeit tiefe Einsichten in die Persönlichkeit des Exploranden zu gewinnen, erschwert

die von zu vielen Faktoren abhängige und kaum einheitlich definierbare Situation den statistischen Vergleich der G r u p p e n e r g e b n i s s e .

Obwohl wir bei entsprechender Vorbildung und Erfahrung des Explorierenden die gefundenen Tatsachen als zuverlässig betrachten dürfen, können die festgestellten Häufigkeiten beim Vergleich mit anderen Gruppen nur als das M i n i m u m des feststellbaren gelten, jedoch nicht zuverlässig als dessen o b e r e G r e n z e betrachtet werden.

Wenn man nun die Er g e b n i s s e der Exploration der Gruppe betrachtet, können bei kritischer Betrachtung nur einige von ihnen als für den Diabetiker relativ spezifisch erachtet werden. So könnten wir noch als Auffallendstes die Häufung von Störungen in der frühen Kindheit und von prämorbid feststellbaren depressiven Zügen als der Diabeteskrankheit zugeordnet feststellen. Dies genügt aber nicht, um dies als für den Diabetes allein typisch anzusehen. Sie könnten möglicherweise auch bei Lungen-Tbc-Kranken vorkommen.[1]

Die durch unsere Exploration eruierbaren Konfliktsituationen ließen sich zwar nicht auf e i n e n gemeinsamen Nenner bringen, was aber wohl auch an der bekannten Tatsache liegen kann, daß das, was im Einzelfalle als signifikante Versagung und Versuchung erlebt wird, sehr von der individuellen Antriebsstruktur und deren Gehemmtheiten wie auch von den situativen Faktoren abhängig sein kann.

Die Befunde der Exploration allein wie auch ihre Häufigkeit genügen zwar nicht, um unsere zweite Hypothese, die der Spezifität, eindeutig zu bestätigen, da wir es nicht ausschließen konnten, daß sie wenigstens bei anderen psychosomatischen Erkrankungen auch vorkommen würden. Sie genügen aber wohl, um unsere erste Hypothese zu beweisen, nämlich, daß Diabeteskranke meist schon prämorbid nachweisbar gewisse seelische Abweichungen vom Gesunden aufweisen, ein Befund, der sie zunächst in eine Reihe mit manchen anderen gesicherten psychosomatischen Krankheitsbildern (wie z.B. Enuresis) stellt.

---

1) Racamier: a.a.O.

Mit diesen Einschränkungen dürfen wir die mit dieser Methode gewonnenen Ergebnisse als wichtige richtunggebende Hinweise auf das schon relativ vordergründig Feststellbare betrachten, was bei weiterer, differenzierterer Erforschung noch signifikantere Ergebnisse bringen würde.

III. Der Thematische Apperzeptions-Test von Murray

1. A u s w e r t u n g s - M e t h o d e

Der T.A.T., der als wichtige Ergänzung des Rorschach wie auch der Exploration gilt, kann nicht nur bestimmte Persönlichkeitseigenschaften aufzeigen, wie etwa der Rorschach, sondern auch den für den Probanden eigentümlichen Inhalt und die Thematik seiner Konflikte und häufig auch die dahinterliegende Motivation.

Als M u r r a y diesen Test schuf, ging es ihm dabei in erster Linie nicht um ein Instrument zur quantitativen Messung von Eigenschaften, sondern um ein Hilfsmittel zur Exploration. In diesem Sinne gingen wir auch vor, als wir die erhaltenen Geschichten nur im Zusammenhang mit den in der Exploration erhaltenen Auskünften mit der inspektiven - verstehenden - Methode mittels molaren ganzheitlichen psychopathologischen Kategorien auswerteten.[1] In unserem Falle, wo wir uns auf die Bildertafeln beschränkten, deren thematische Valenz die für uns relevante Bereiche anzusprechen vermag, schien diese Methode der Auswertung besonders angezeigt. In diesem Fall und nicht nur hier durfte der Stellenwert, der in den einzelnen Geschichten enthaltenen Motive und Einstellungen innerhalb der Gesamtpersönlichkeit nur im Lichte der bewußten Aussagen der Exploration richtig eingeschätzt werden.
Indem wir doch auf gewisse Gemeinsamkeiten in den Geschichten hinweisen, wollen wir versuchen, dieser Einschränkung immer eingedenk zu bleiben.

---

1) Eine Methode, die auch Rappaport: Diagnostic Psychological Testing, Vol. II, Chikago 1946, im wesentlichen benutzt.

2. Befunde des T.A.T.

a)
Unter den Geschichten, in denen die Einstellung des Probanden zu einem der Elternteile ihren Ausdruck fand (6 BM, 7 GF, 7 BM und 12 GF) ließ sich eine Übereinstimmung der Einstellungen vorwiegend bei den weiblichen Probanden feststellen. Bei diesen wurde die Mutter (wie es in den Geschichten zum Ausdruck kam) in der Mehrzahl der Fälle (60 %) als negativ erlebt. Sie wurde entweder als kühl und unbeteiligt und an der Tochter wenig interessiert oder als herrschsüchtig und für sich eingenommen geschildert. Dies schien um so aufschlußreicher, als es häufig im Gegensatz zu der bewußten Aussage in der Exploration stand, was uns die Annahme nahelegt, daß darin die in den tieferen Schichten liegenden Gefühle zum Ausdruck kamen.
(Beispiel: Mutter negativ, Aggression gegen sich gewendet)

Fr.W., 60 Jahre, Pensionsinhaberin

Bild 7. GF.: "Ein kleines Baby, die Mama, was ich aus allem sehe. Die Kleine hat ein kleines Baby und die Mutter belehrt sie, und sie schaut etwas bekümmert in die Ferne. Ob sie der Mann verlassen hat, ob sie keinen hat? (Der Mann?) - Es gibt ja häufig heute. Was wird sie anfangen in der Zukunft mit dem kleinen Kind? ... entweder bringt sie es in ein Heim, wenn sie Geld hat und Glück, kann sie das Kleine in das Heim bringen. Wenn sie beides nicht hat, ... dann greift sie zu einem Verzweiflungsakt, ... wenn es ihre Mutter nicht aufnimmt ... dann steht das Mädel heimatlos auf der Straße und sucht sich des Kindes zu entledigen. Entweder sie setzt es aus oder im schlimmeren Fall, sie verschenkt das Kind, und im allerschlimmsten Fall bringt sie es um. Dann geht sie ins Gefängnis und ihr Leben ist ruiniert. Sie könnte aber auch sich selbst das Leben nehmen. (Charakter?) - Mutter schwerer, für sich eingenommen und die Tochter kann nicht viel von ihr erhoffen. Sie empfindet n icht viel Liebe für ihre Tochter. Das Mädel ist selbst auf schiefe Wege gekommen und hat sich in eine Sache verstrickt, wo sie nicht mehr allein herausfindet. Und ich glaube, wäre sie in die richtigen Hände gekommen, wäre alles gut gegangen, wenn die Mutter mehr Verständnis für sie hätte.

> Und der Mann, auf den sie gehofft hat, hat sie scheinbar auch im Stich gelassen. Und alleine findet sie den richtigen Weg nicht mehr. Das ist der Typ, der sich schon das Leben nehmen kann."

b) Eine weitere Gemeinsamkeit war die überwiegend traurige Stimmung der "Helden" (70 %), wie auch die Stimmung der Geschichten im allgemeinen, was mit der thematischen Valenz des Bildes allein nicht begründet sein konnte. Dieser Zug war auch bei den weiblichen Versuchspersonen, wenn auch nicht bei diesen allein, festzustellen.

c) Die auffallendste Übereinstimmung, die bei beiden Geschlechtern festzustellen war, ist, daß die "Helden", mit denen, wie wir anzunehmen hatten, die Pb. sich identifizierten, in der Mehrzahl der Fälle mit negativen Eigenschaften dargestellt wurden. Bei den Männern häuften sich auch noch Eigenschaften wie Reumütigkeit und Schuldgefühle (50%). Der Held wurde auch häufig als gewissenlos in Geldsachen, brutal, von ungutem Charakter, bei Frauen als liederlich oder Halbweltdame geschildert. Wir können das auch einerseits als eine Häufung der Selbstablehnung (bei 36%) oder, was uns auch wahrscheinlicher erscheint, als eine in den meisten Fällen feststellbare Tendenz zur projektiven Abwehr der eigenen negativen Eigenschaften bei unseren Diabeteskranken verstehen. Diese Einstellung ging häufig mit einer starken Identifikation mit einem der Elternteile einher, der in übermäßig guter und idealisierter Weise dargestellt wird.

Beispiel zur Projektionstendenz:

Herr M., Metzgermeister, 62 Jahre

Bild 7 BM: (Alter Mann mit jüngerem) Auszüge aus dem Protokoll

> "(Welcher ist sympathischer?) - Schon der Alte. Schon ist er auch hinterfotzig, nicht ganz ehrlich(?) - Die Leute übervorteilt, dem schelmischen Geschau nach. ... alles zu seinen Gunsten. (Der jüngere?) Auch mit dem Kopf durch die Wand. Nicht ganz einwandfrei, kein guter Charakter."
>
> Anm.: Dem Alter nach hat M. sich anscheinend mit der älteren Figur auf dem Bild identifiziert.

Bild 13 B: (Einsamer Junge sitzt vor einer Hütte)
"... Irgendetwas hat er, was nicht stimmt, a' schlechtes Gewissen ... Er dürfte scheint's ein verschlagener Junge sein. (Ende?) - Ich könnte fast sagen, ein Luder oder ein Lump, dem Geschau nach. Dem Gesicht nach ein verstockter Mensch. Es ist ihm Unrecht geschehen."

Wie wir aus seinen Explorationen erfuhren, war M. nicht ganz ohne seine Schuld lange Zeit vor der Manifestation seines Diabetes in einen ihn sehr belastenden Zivilprozeß verwickelt.

Beispiel zum Schuldgefühl:

N., 60 Jahre, Rentner
Bild 6 BM: "Das ist jedenfalls Mutter und Sohn. Da scheint, daß der Sohn irgendein Geständnis gemacht (hat), das der Mutter anscheinend Kummer bereitet ... Jedenfalls ist er dem Blick nach schuldbewußt.(?) Er hat ihr jedenfalls etwas anvertraut."

3. Interpretation der Befunde des T.A.T.

Die Tatsache, daß wir die Übereinstimmung in der negativ erlebten Mutter überwiegend bei den weiblichen Probanden feststellen konnten, kann zwei Gründe haben.
Erstens konnte dies durch die etwas verschiedene thematische Valenz der den weiblichen Probanden präsentierten Bildtafeln (7 GF und 12 F) bedingt sein, zweitens könnte die Rivalität der Tochter mit der Mutter in der noch scheinbar ungelösten ödipalen Situation die negative Darstellung der Mutter durch ihre Tochter mitverursacht haben.
Immerhin besteht Grund, diesen Befund auch als ein Symptom der früh gestörten Kind-Mutter-Beziehung zu deuten. Dieser Befund konnte aber auch nicht als für den Diabeteskranken allein typisch betrachtet werden, da er z.B. auch in den T.A.T.-Befunden von Racamier[1] bei den Lungen-Tbc-Kranken festgestellt werden konnte. Dies würde die These E. Sterns bestätigen, daß die frühe Gestörtheit der Kind-Mutter-Beziehung eine Störung darstellt, die bei einigen schweren psychosomatischen Krankheiten zugleich zu finden ist.

---

1) Racamier: "Le terrain psychique des tuberculeux pulmonaires", in Les Temps Modernes, Nr. 59, Sept.1950.

Die Schuldgefühle und die als übermäßig gut, idealisiert erlebte nächste Beziehungsperson zeigen dagegen eine starke' A f f i n i t ä t z u r d e p r e s s i v e n A n t r i e b s s t r u k t u r und könnten in Übereinstimmung mit den Befunden der tiefenpsychologischen Studien als ein dem Diabetes häufig z u g e o r d n e t e s und ihm typisches Merkmal betrachtet werden.

Die sehr oft negative Darstellung des "Helden", der Hauptfigur, kann verschiedene Motive haben, so daß ihr Stellenwert nur in Zusammenhang mit den Auskünften der Exploration feststellbar war. In einigen Fällen (siehe auch Beispiel M.) konnte sie klar genug als Symptom der p r o j e k t i v e n Abwehr der starken, verdrängten o r a l - k a p t a t i v e B e s i t z w ü n s c h e erkannt werden. Dies würde mit jenen Befunden übereinstimmen, die bei den Diabeteskranken eine Häufung von projektiv-paranoid gefärbten Abwehrformen fanden.[1,2] Jedoch die Häufigkeit dieser Befunde an Hand des T.A.T. genügt nicht, um dies als dem Diabeteskranken d u r c h g e h e n d und in allen Fällen t y p i s c h betrachten zu können.

---

1) Cremerius, Elhardt, Hose, Kilian: a.a.O., "Psyche" 8/IX-1955
2) Kellner: Diss. a.a.O.

IV. Der Rorschach-Test

Gruppenauswertung des Rorschach

Die Gruppenauswertung des Rorschach wurde vorgenommen, um die eventuell vorhandenen gemeinsamen Faktoren bei den Einzeluntersuchungen unserer Versuchsgruppe prägnanter hervorzuheben. Wenn auch gegen das Zusammenzählen einzelner Rorschachfaktoren mit Recht eingewandt wird, daß diese Faktoren nur in ihrer Struktur und Beziehung zueinander sinnvoll gedeutet werden können, liegt doch eine Berechtigung für dieses Vorgehen in unserem Falle deswegen vor, weil nur dies den Vergleich mit den Versuchsgruppen von Tbc- und Herzkranken [1] ermöglicht und erst durch diesen Vergleich können wir die Spezifität unserer Befunde für die Gruppe der Diabetes kranken unter Beweis stellen. Bei einem solchen Vorgehen mußten aber unvermeidlich die differenzierten Diagnosen zunächst unberücksichtigt bleiben.
Wir wollen nun im weiteren die beiden Arbeiten auszugsweise schildern, die wir als Vergleichsgruppen herangezogen haben. Sie eigneten sich besonders zu diesem Vergleich, da sie an Hand einer ähnlichen Anzahl von Pb. (40 bzw. 50) und mit einem ähnlichen psychodiagnostischen Instrument, dem Rorschach-Test, untersucht wurden. Wir wollen diese Arbeiten nur in ihren quantitativen Befunden zitieren und von der Darstellung der von den Autoren gegebenen Interpretationen absehen, da wir einerseits mit den meisten ihrer Ausführungen nicht übereinstimmen können (wie schon früher in der methodenkritischen Darstellung geschildert[2]), andererseits, da sie keinen direkten Belang mit unserer Fragestellung haben.

1. Die Vergleichs- oder Kontrollgruppen für die Rorschach-Befunde

a. Die Rorschachuntersuchung bei Lungen-Tbc-Kranken von Melzer Material: Es wurden 39 Pb. mit fortschreitender Lungen-Tbc durch Rorschach untersucht. Das Alter der Pb. lag zwischen 17 und 60 Jahren.

1) Singeisen: Rorschachbefunde bei chron.Lungen-Tbc u.Herzkrankheiten, Schweiz.Arch.f.Neurologie u.Psychiatrie,Bd.XIV,S.230.
2) Melzer: a.a.O.

Methode der Auswertung: Die Tests wurden nach den einzelnen Rorschachfaktoren ausgewertet in Form einer Gruppenauswertung. Die Durchschnittswerte der einzelnen Faktoren wurden mit denen von Normalpersonen verglichen (Normen nach Hiltman und Loosli-Usteri).

Ergebnisse:

Meltzer fand bei seinen Pb. eine erhöhte Antwortzahl im Vergleich zu der Norm;

Erhöhte Zahl von Ganzantworten, die meistens qualitativ schlecht waren;

das F+% war bei ca. 70 % der Kranken niedrig;

ein relativer Mangel an Bewegungsantworten (B) (Durchschnitt 1,6 bis 1,3). Ein Drittel der Pb. hatte keine B-Antworten;

der Erlebnistypus war überwiegend extratensiv bis extrovertiert mit einem meist erhöhten Anteil der labilen Farbwerte (FbF);

die Zahl der menschlichen Details (Md) war erhöht;

es sind insgesamt in 7 Fällen Versager vorgekommen:

die Schocks waren ebenfalls überdurchschnittlich (3-4 pro Test) häufig.

b) Die Rorschachuntersuchung von Singeisen[1] bei Tbc- und Herzkranken

Material: Singeisen untersuchte 50 Lungen-Tbc (meist Schwerkranke) und 40 Herzkranke (kompensierte und dekompensierte Herzklappenfehler sowie Herzmuskelschaden, zum großen Teil entzündlicher, zum kleinen Teil arteriosklerotischer Genese; die Krankheit bestand schon längere Zeit).

1) Singeisen: a.a.O.

Auswertungsmethode:
Singeisen[1] benutzte ähnlich wie Melzer[2] die Methode der Gruppenauswertung nach Einzelfaktoren im Rorschach. Die Untersuchung Singeisens hatte noch den Vorteil gegenüber der Melzers, daß er nicht nur die Durchschnittswerte, sondern auch die genaue Verteilung angab und anstatt dem Vergleich mit den Normwerten der Gesunden noch einen Vergleich der Befunde der beiden Krankengruppen vornahm, wobei die Krankheitsspezifität seiner Befunde besser unter Beweis gestellt wird.

ba) Singeisen fand bei den chronisch Lungen-Tbc-kranken: In den wichtigsten Punkten stimmten seine Ergebnisse mit denen von Melzer folgendermaßen überein:
1) Der Erlebnistypus war auch in seiner Versuchsgruppe in der Mehrzahl der Fälle extratensiv (62%);
2) Die Bewegungsantworten traten auch hier mehr oder weniger stark zurück (0 B-Antworten: 32%; 1-2 B-Antworten: 30%);
3) Desgleichen fand er auch eine auffallende Häufigkeit von Anatomie-Antworten. 50% der Kranken gaben 10% Anatomie-Antworten und mehr;
4) Außerdem fand er noch zusätzlich zu den Befunden Melzers eine auffallende relative Bevorzugung der weißen Zwischenfiguren (Dzw). (68% der Gruppe hatten 1 und mehr Dzw-Antworten);

Diese Befunde können wir also, infolge der Übereinstimmung beider Studien noch zusätzlich bestätigt, mit großer Wahrscheinlichkeit als den Lungen-Tbc-Kranken regelmäßig zugeordneten psychische Rorschach-Merkmale betrachten.

5) In einem Punkt stimmten die Befunde von Singeisen nicht mit denen Melzers überein, nämlich in dem von ihm gefundedenen hohen Prozentsatz guterfaßter Formantworten (F+%). In seiner Versuchsgruppe hatten 72% der Kranken 70% F+ und höher. Der Ursprung dieses Widerspruches zwischen den Befunden beider Untersuchungen könnte u.E. darin liegen, daß in dem sample Singeisens zufällig intelligentere Probanden gewählt worden sind. Andererseits kann aus dieser Diskrepanz zwischen den Befunden beider Studien mit u.E. großer Wahrscheinlich-

---

1) Singeisen: Rorschachbefunde b.chron.Lungen-Tbc.- u.Herzkrankheiten, Schweiz.Arch.f.Neur.u.Psych., Bd.XIV, S.230
2) Melzer: a.a.O.

keit geschlossen werden, daß die im F+% zum Ausdruck kommende Intelligenzfunktion (die Schärfe der Ekphorierfähigkeit) n i c h t zu den regelmäßig bei Lungen-Tbc-Kranken vorfindbaren seelischen Merkmalen zu zählen ist, sondern daß dieses Merkmal relativ unabhängig von dieser Krankheit vorhanden oder abwesend sein kann.

bb) Die H e r z k r a n k e n von S i n g e i s e n (40 Pb.)

1) Diese Krankengruppe unterschied sich in erster Linie von den Lungen-Tbc-Kranken durch das h ä u f i g e Vorkommen des i n t r o v e r s i v e n E r l e b n i s t y p u s . Hierbei ist w e n i g e r die vermehrte Neigung zu Bewegungsantworten, die immerhin auch deutlich war, als vielmehr das ausgesprochene Zurücktreten der F a r b e n a n t w o r t e n ausschlaggebend;
2) sie sprachen auf die Farben wenig an, sie zeigten sich beinahe f a r b e n s c h e u . (Quantitative Angaben siehe in der tabellarischen Aufstellung im Vergleich mit den Diabeteskranken);
3) was die Häufigkeit der K o a r t i e r t e n und K o a r t a t i v e n anbetrifft, fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Krankengruppen. Der Prozentsatz der K o a r t i e r t e n und K o a r t a t i v e n betrug 26 % bzw. 20 % bei den beiden Krankengruppen.

c. Die g e s u n d e n V e r g l e i c h s g r u p p e n

Unsere Normwerte von gesunden Pb. stammen hauptsächlich von der Versuchsgruppe von Loosli-Usteri[1] über 40 Schweizer Pb. wie auch aus den Werten der Schweizer Militärauslese von Zolliker[2] an Hand von 268 Probanden.

Der Vergleich der Befunde unserer Versuchsgruppe von Diabeteskranken mit diesen Kontrollgruppen ergab folgendes Bild:

---

1) Loosli-Usteri: "Persönlichkeitsdiagnostik""Rorschachiana"
2) Zolliker: ebenda "Rorschachiana"

2. Gruppenauswertung der einzelnen Rorschach-Faktoren bei Diabeteskranken im Vergleich zu Gesunden, Lungen-Tbc- und Herzkranken

a. Die Antwortzahl

Die Antwortzahl gilt als Indikator der intellektuellen Leistungsfreudigkeit wie auch des Ausmaßes der Aufgeschlossenheit und der Stimmungslage der Pb.[1] Die Antwortzahlen der Diabeteskranken zeigten eine große Variationsbreite. Sie variierten zwischen 6 und 84 Antworten, wobei aber nur 4 Pb. (10%) die Antwortzahl 32 übertreffen. Der Mittelwert liegt bei 20 Antworten und der Durchschnittswert bei 22 Antworten. Die geringere Antwortzahl der ganz jungen Pb., die noch niedriger liegt als bei den übrigen, drückt die Durchschnittszahl herunter. Der Mittelwert und der Durchschnittswert der Gruppe unter 20 Jahren liegt an der unteren Grenze des Durchschnitts für die normale Bevölkerung.

Der Vergleich mit der Gruppe der Herzkranken, deren Antwortzahl zwischen 20 und 50 variiert, zeigt keine allzu großen Abweichungen und erlaubt auch keinen genaueren Vergleich, da dort die Mittelwerte nicht angegeben werden.

Dagegen weist der Vergleich mit der Untersuchung Melzers von Tbc-Kranken, die eine erhöhte Antwortzahl zeigten, eine signifikante Abweichung auf im Sinne einer verringerten Leistungsfreude und Produktivität bei den Diabeteskranken.

b. Die Antwortzeit

Die Antwortzeit kann u.a. außer der Leistungs-(Gedankenleistung) und Assoziationsgeschwindigkeit auch die Stimmungslage des Probanden anzeigen. Eine verlängerte Ant-

---

1) Bohm, Vademecum, H. Huber-Verlag

Verteilung der Antwortzahl bei der Versuchsgruppe der Diabeteskranken

Antwortzahl

Alter	6 - 14	15 - 22	23 - 30	31 u.mehr
bis 20 J.	6	4	-	-
21 - 50	2	2	4	3
50 u.ält.	5	6	5	5
insges.	12	12	9	8
%	30	30	23	20

Verteilung der Antwortzeit bei der Versuchsgruppe der Diabeteskranken

Antwortzeit

Alter	normal bis verkürzt.A.Zt.	verlängerte Antwortzeit	
bis 20 J.	1	8	75%
21 - 50	4	7	
50 u.ält.	16	4	
insges.	21	19	
%	52	48	

wortzeit zeigt häufig eine depressive Verstimmung an.[1] Die Antwortzeit in unserer Untersuchungsgruppe ergab signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Altersdiabetiker (Krankheitsausbruch nach dem 35. Lebensjahr) und der Gruppe der Jugenddiabetiker (Krankheitsausbruch vor dem 35. Lebensjahr). Namentlich die Gruppe der Jugenddiabetiker (75% davon) zeigt erheblich verlängerte Antwortzeiten, d.h. eine wesentliche Verlangsamung der Assoziationen gegenüber den Altersdiabetikern. Dieser Befund wird um so signifikanter, als das in einer Gruppe von Gesunden umgekehrt zu erwarten wäre, da mit dem Alter gewöhnlich eine Verlangsamung des Denkprozesses eintritt.

Der Vergleich mit den Gruppen von Tbc- und Herzkranken, die im allgemeinen eine durchschnittliche Antwortzeit (unter 1 Minute pro Antwort) zeigten, hebt die Spezifität dieses Befundes für Jugenddiabetiker noch besonders hervor.

c. Der Erlebnis-Typus

Wegen der Breite des Themas müssen wir uns bezüglich des Symptomwertes dieses zentralen Rorschachfaktors mit Bohm auf die wichtigsten Symptomwerte beschränken. "Der Erlebnis-Typus ist das Zentrale des ganzen Versuchs und fast alle Faktoren werden erst, auf ihn bezogen, konkret lebendig und verständlich. Der Erlebnis-Typus spiegelt nämlich die Grundeinstellung der Persönlichkeit zum Ich und zur Umwelt wider. Es hat sich herausgestellt, daß die Bewegungsantworten das eigentliche Innenleben der Persönlichkeit repräsentieren, während die Farbantworten in ihrer Gesamtheit der nach außen gewandten Seite des Seelenlebens, den Umweltreaktionen entsprechen."
"Die koartierten und koartativen Erlebnistypen kommen bei mehr steifen, trockenen, zur Pedanterie neigenden Menschen mit geringerer Eigenproduktivität, aber auch geringer affektiver Resonanz vor."[1)]

---

1) Bohm: "Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik", S. 99 und S. 100, H. Huber-Verlag, Bern und Stuttgart 1957

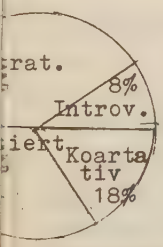
Erlebnistypus, Verteilung nach Alter

	Alter							
	bis 20 J.	% N=9	21-50 J.	% N=11	50 J.u.mehr	% N=20	Σ	% N=40
Typ								
overt.			2	18	1	5	3	8
tativ ov.					1	5	1	3
tiert	5	56	5	44	6	30	16	40
tativ av.	2	22		4		20	6	15
atens.	2	22	4	36	8	40	14	35

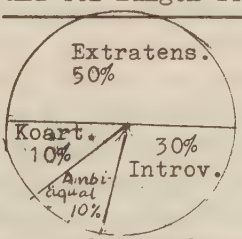
= Bewegungs-Antworten

Diabeteskranke	Herzkranke	Tbc-Kranke	Normwerte (Gesunde (nach Loosli-Usteri)
64 %	20 %	32 %	7,5 %

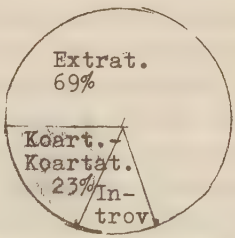
leich der Verteilung der Erl.T. mit der Verteilung bei Gesunden und bei Lungen-Tbc-Kranken



abeteskranke



40 Gesunde
signifikanz der
Unterschiede: 3%



39 Tbc-Kranke
von Melzer

"Neben solchen 'Normalen' finden sich diese Erlebnistypen häufig bei Depressiven, bei Zwangsneurotikern und Zwangscharakteren und bei ausgeheilten Schizophrenen."

Die Aufteilung nach Erlebnistypen bei Diabetikern zeigte:

Einen sehr erhöhten Prozentsatz der K o a r t i e r t e n bei allen Altersgruppen (40%), der sich noch erheblich bei den Jugendlichen (56%) und auch in der mittleren Altersgruppe noch erhöht (44%). Über die Hälfte der Gesamtgruppe (58%) hatten koartierten bis koartativen Erlebnistypus, was eine Einengung sowohl des inneren Verarbeitungsvermögens, wie Phantasie und Sublimationsfähigkeit, wie auch der affektiven Resonanz ausdrückt. Dieser Befund hebt sich nicht nur gegenüber den Ergebnissen bei den Gesunden (0%), sondern auch erheblich im Vergleich zu den relativ zu Koartation neigenden Tbc- und Herzkranken (20-23%) ab.

Einen v e r r i n g e r t e n P r o z e n t s a t z von I n t r o v e r t i e r t e n (8%), der sich sowohl von dem der Herz- (50%) und Tbc-Kranken (15%) erheblich unterscheidet.

Auch der Prozentsatz der E x t r a t e n s i v e n fällt geringer aus (35%) als bei den Gesunden (50%) und bei den Tbc-Kranken (62%) (S i n g e i s e n) .

d. B e w e g u n g s a n t w o r t e n

Die Bewegungsantworten werden als Niederschlag und Ausdruck des Innenlebens der Persönlichkeit und damit auch seiner seelischen"Sublimationsfähigkeit" wie auch als Indikator für die Beherrschtheit der Affektivität des Pb. betrachtet. [1]
Sie sind in unserer Versuchsgruppe von Diabeteskranken nur in geringer Anzahl gegeben worden. Es fällt in erster Linie die ungewöhnlich hohe Zahl (64%) der Pb. auf, die ü b e r h a u p t k e i n e Bewegungsantworten hatten. Diese Zahl übertrifft sogar bei weitem die Gruppe der Tbc-Kranken, die auch zu einem Drittel (33%) keine Bewegungsantworten hatten. Der Median der Bewegungsantworten liegt in unserer Versuchsgruppe bei 0 B-Antworten und der Durchschnitt bei 0,9.

---

1) Bohm: a.a.O.

Besonders groß ist der Unterschied der Gruppe der Versuchspersonen ohne Bewegungsantworten zu der Gruppe der Gesunden (7,5%) und zu der Gruppe der Herzkranken (20%). (Siehe Tabelle Seite 56.)

e. Erfassungs-Typus

Der Erfassungs-Typus, der das zahlenmäßige Verhältnis der Ganz-, Detail- und Kleindetailantworten ausdrückt, gibt uns über die Verarbeitungsweise der Außenwelteindrücke von seiten der Pb. Aufschluß. Als normale Proportion des Erfassungstypus gingen wir von den bei Bohm[1] angegebenen Werten aus.

Am häufigsten war der Erfassungs-Typus, bei dem der Anteil der Ganzantworten (G) über dem Durchschnittsverhältnis von 20-30% der Antworten lag. Diese Fälle betrugen insgesamt 64 %, wobei in 32,5% der Fälle der Anteil der Ganzantworten höher als 60% betrug, was mit einer unterdurchschnittlichen Beachtung der normalen Details (G-(D)) einherging. Die Ganzantworten hatten dabei eher indifferenten Charakter, mit schlechter Formqualität, wodurch sie weniger auf ein gutes Abstraktionsvermögen als auf eine Mißachtung des Praktisch-Alltäglichen schließen lassen.

Im Vergleich mit den beiden anderen Krankheitsgruppen ist der Prozentsatz des G-(D)-Erfassungstyps in der Diabetesgruppe dreimal so hoch wie sogar der bei den Tbc-Kranken, die auch eine Erhöhung der Anzahl der Ganzantworten zeigten, während die Herzkranken sogar nur 2,5% von diesem Erfassungs-Typ aufwiesen.

Andererseits zeigte eine andere Gruppe einen überdurchschnittlich erhöhten Anteil von Kleindetailantworten (Dd = 30%). Davon hatten 12,5% gleichzeitig eine übernormale Anzahl von Ganzantworten (G-D-Dd), was auf eine gewisse Verschrobenheit dieser Pb. hinweisen kann. Dieser Erfassungstyp mit vermehrter Dd war besonders in der Gruppe der Altersdiabetiker häufig.

---

1) Bohm: a.a.O.

Verteilung des Erfassungstypus bei Diabeteskr. im Vergleich mit Lungen-Tbc- und Herzkranken

	G-D u. G-D	G-D-Dd	G-D-Dd	(G)-D-Dd-Dzw	(G)-D-Dd	G-D-Dd
Jugend-diab.	13	2	-	-	-	-
Alters-diabet.	12	3	3	4	1	2
insges.	25	5	3	4	1	2
% Diabet.	62,5%	12,5%	7,5%	10%	2,5%	5%
% Herzkr.	8%	10%	48%	-	7,5%	2,5%
+) % Lungen-Tbc	25,5%	4%	12%	-	18%	8%

Bei Diabetikern Pb. mit Dd-Betonung: 30%;
bei Lungen-Tbc " " " " : 16%;
bei Herzkranken " " " : 58%.

+) Singeisen, a.a.O.

f. Verteilung der F a r b - A n t w o r t e n

Der Farbtypus im Vergleich zu Gesunden, Lungen-Tbc-und Herzkranken:

Die Farbantworten, die als Anzeichen des affektiven Reaktionsvermögens wie auch die Beherrschtheit und "Objektgerichtetheit" der Affektivität betrachtet werden können, sind auch nur in einem verminderten Ausmaß bei den Diabeteskranken vorhanden. Eine erhebliche Anzahl der Pb. (22,5%) gab überhaupt keine Farbantworten. Die Signifikanz dieser Tatsache scheint besonders hoch zu sein angesichts der Seltenheit dieses Symptoms bei Gesunden (2-10%). Diese Befunde können einerseits als eine Einengung des affektiven Reaktionsvermögens bei den Diabeteskranken, zugleich aber auch als ein Anzeichen von s e e l i s c h e n D e p r e s s i o n e n gedeutet werden.

Verteilung der Farb-Antworten und des Farbtypus

lter	Links-Typ 1-4 FFb 0-1 FbF 0 Fb	Mitten-Typ 0-1 FFb 1-3 FbF 0-1 Fb	Mitte-Rechts 0-2 FFb 2-3 FbF 1-2 Fb	Rechtsextrem 0 FFb 2-3 FbF 2 Fb	Extravers.-los 0 Fb	
is 20 J.	1	5	-	-	3	
1-50 J.	1	4	4	-	2	
1 u.ält.	3	7	4	2	4	
nsges.	5	16	8	2	9	
Diab.Kr.	12,5	40	20	5	22,5	
erzkranke	35	27,5	15	-	22,5	(nach Singeisen)
bc. %	32	26	34	-	6	

Der erwähnte signifikante Prozentsatz der Extraversionslosen bei Diabeteskranken hebt sich zwar auch noch von dem Prozentsatz dieses Typs bei Lungen-Tbc-Kranken, jedoch nicht von dem der Herzkranken ab.

Die labilen, nicht objektgebundenen, unbeherrschten Farbwerte überwiegen im Vergleich zu den angepaßten. Am häufigsten ist der Mittel-Rechts-Typ (40%). Er ist beinahe doppelt so häufig wie bei den Herz- und Tbc-Kranken. Der Linkstyp mit angepaßter Affektivität ist in der Minderheit (12,5%). Er beträgt nur ca. 1/3 der Anzahl der Angepaßten bei den Herz- und Tbc-Kranken. Es gibt außerdem in der Diabetesgruppe eine Anzahl von Probanden mit extrem labiler Affektivität (Fb: 5%), was in den beiden anderen Krankheitsgruppen überhaupt nicht vorkommt. Zusammenfassend besagt das, daß unsere Versuchsgruppe von Diabeteskranken im allgemeinen von labilerer und weniger angepaßter Affektivität ist als die beiden anderen Versuchsgruppen von chronisch Kranken.

g. Die weißen Zwischenfiguren (Zw) bei den Diabeteskranken im Vergleich mit den beiden anderen Krankengruppen

Die Bedeutung der weißen Zwischenfiguren, - der Dzw -, ist in den Validierungsversuchen des Rorschach-Tests am meisten angezweifelt worden.

Rorschach äußert sich über sie: "In kleineren Zahlen wie in größeren repräsentieren sie fast immer irgendeine oppositionelle Einstellung, beim Normalen Disputiersucht, Eigenwilligkeit, Eigensinn, Querulantentum, beim Schizophrenen Sperrungen, Negativismen, Verschrobenheiten."[1]

Der Stellenwert der Dzw-Antworten wie auch der anderen Rorschachfaktoren hängt mit dem jeweiligen Erlebnistypus des Probanden ab. Kommt sie beim extratensiven Erlebnistypus vor, so richtet sich meist diese Oppositionshaltung nach außen und es handelt sich meist um Trotz, Neigung zur Polemik, zum Widerspruch, und zum angriffslustigen Eigensinn. Richtet sich der Widerspruchsgeist gegen die eigene Bewußtheit - meist beim introversiven Erlebnistypus -

---

1) Rorschach: Psychodiagnostik, S. , "Zur Auswertung des Formdeutversuchs" Z.Neur. 92 (1923)

Häufigkeitsverteilung der weißen Zwischenfiguren (Dzw und Ddzw) bei den Diabeteskranken und deren Vergleich mit Lungen-Tbc- und Herzkranken

Alter	1 Dzw 1 Ddzw oder	2 Dzw o.2 Ddzw	3-4 Dzw o. Ddzw	5 o.mehr Dzw o.Ddzw
bis 20 J.	2 -	- -	- -	- -
21 - 50 J.	3 1	- -	1 -	1 -
51 und älter	8 2	4	2 2	- -
insgesamt	13 3 (16)	4 (2)	3 (2)	1 -
% Diab.Kr.	40%	10%	8%	2,5%
% Herzkrank.	30%	10%	8%	2,5%
% Lungen-Tbc	26%	16%	14%	12%

Insgesamt Dzw-Antworten (1 oder mehr)

Diabeteskranke: 60%
Herzkranke: 50%
Lungen-Tbc-Kranke: 68%

+) nach Singeisen.

---

so entstehen Mißtrauen, Zweifel, Entschlußunfähigkeit, Zögern, Zaudern, aber auch Gründlichkeitszwang und Sammelwut. Es kann in solchen Fällen auch zu einem steten Mißtrauen gegenüber sich selbst, mit Minderwertigkeitsgefühlen jeglicher Art kommen.

Die Versuche Adolf K e l l e r s bei K i n d e r n bestätigten aber diese Feststellung n i c h t .

"Zw.-Deutungen sind ein Anzeichen für irgendein bewußtes oder unbewußtes Gefühl des U n b e h a g e n s und der Unzufriedenheit, das sich sowohl gegen die eigene Person des Deutenden wie gegen die Umwelt richten kann. W i e auf dieses Gefühl reagiert wird, ergibt sich nur aus dem Gesamtversuch."[1]

---

1) E. Schneider: Psychodiagnostisches Praktikum, S. 49

Die kleinen Zwischenfigurdeutungen (Ddzw) lassen auf einen ähnlichen Symptomwert schließen wie die Dzw, nur in v e r s t ä r k t e m Maße.[1] Aus diesem Grunde hielten wir es für berechtigt, die beiden Zeichen im Rorschach - Dzw und Ddzw - zusammen zu betrachten. Eine Dzw-Antwort ist noch normal. Die Häufigkeitsverteilung der Zwischenfiguren bei der Diabetikergruppe zeigt k e i n e auffallende Neigung zur Wahrnehmung der Zwischenfiguren (Dzw). Die Häufigkeit der Probanden die zwei Zwischenfiguren oder mehr wahrgenommen haben, ist relativ gering und beträgt einen ähnlichen Prozentsatz wie die bei den Herzkranken (20,5%). Beide haben sich aber in einem signifikanten Ausmaß von den Lungen-Tbc-Kranken, die eine auffallende Neigung zu Dzw-Antworten und die damit angezeigte Oppositionstendenz aufwiesen, abgehoben.

Die Symptomwerte der Dzw-Antworten bei diesen 3 Fällen, welche eine auffallende Tendenz zu Dzw-Deutungen zeigten, lassen sich n i c h t , auch in Zusammenhang mit dem Erlebnistypus, auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Bei dem einen, ein Jugenddiabetiker mit introversivem Erlebnistypus und schizoiden Zügen, zeigen sich starke Selbstzerstörungstendenzen. Die andere, eine Jugenddiabetikerin mit koartiertem Erlebnistypus und u.a. mit zwangsartigem Konversionssymptom (Obstipation), und die dritte, wo die Dzw mit Ddzw gepaart auftreten, zeigt auch eine Neigung zu zwanghaften Zügen, die sich jedoch in Form von Nörgelei an die Umgebung ausdrückt.

Bei den Altersdiabetikern und vorwiegend bei den Frauen tritt eine gewisse Häufung insbesondere der Ddzw, meist auch mit anderen Dd-Antworten gekoppelt, auf. Dies spricht in den meisten Fällen auch für zwangsaffine, nörglerische Züge, die diese Kranken (von meist einfacher Herkunft) aufwiesen.

---

1) Zulliger: Die Tafeln des Z-Testes, Bero 59/60

Der Inhalt der Antworten

h. Menschenantworten (M und Md)

Die menschlichen Inhalte geben Hinweis auf den Grad der Verbundenheit mit der menschlichen Umwelt und dadurch indirekt auch auf den Kontaktbereich. Wo sie fehlen, ist entweder der menschliche Kontakt neurotisch gestört oder es liegt ein Kontaktmangel vor, den man sogar als "narzistisch" betrachten kann. Das Überwiegen der menschlichen Details (Md) gegenüber den ganzen Menschenantworten (M) kommt nach Zulliger außer den Unintelligenten auch bei depressiv Verstimmten, Ängstlichen und Pedanten vor.[1] Zahlreiche Md und keine oder ganz wenige M-Antworten sollen noch auch bei Melancholikern vorkommen.[2] Sowohl der hohe Prozentsatz unserer Probanden, bei denen der M-Prozent niedrig war, wie auch die Pb., bei denen die Md-Antworten die M-Antworten überwogen, weisen auf ein vermindertes Kontaktvermögen bei der Mehrzahl der Diabeteskranken hin. Bei einem beträchtlichen Anteil von diesen Pb. scheint zwar der Wunsch nach Kontakt vorhanden, jedoch durch Angst gehemmt zu sein. ((M) und Md).

Verteilung des M% (% menschlichen Inhalts) unter den Diabeteskranken (M% = M+Md%)

er	M+Md=0	Md (M) mit M=0	M+Md unt.5%	M+Md 5-9%	M+Md+ (M) 10%	M+Md +M): 11% u.mehr	davon (M)+Md>M
20 J.	1	1	-	1	0	5	3
- 50J.	-	2	-	1	1	5	3
u.älter	-	2	1	6	4	10	6
gesamt	1	5	1	8	5	20	12
%	2,5%	12,5%	2,5%	20%	25%	50%	60%

37,5% : unter 9% M-Antworten

1) E. Bohm: a.a.O., S. 187
2) ders.: Psychodiagnostisches Vademecum, S, 15

i. A n a t o m i e - A n t w o r t e n

Ihr Symptomwert ist vieldeutig. Nach Rorschach scheinen die Anatomie-Antworten eine gewisse Verbindung mit hypochondrischen Tendenzen zu haben; man findet sie jedenfalls ganz allgemein bei einer "narzistischen Besetzung" des Körperschemas.[1]

Rorschach meinte noch, daß die anatomische Stereotypie nur bei Intelligenzkomplex, Hypochondrie, Epileptoidie und Unfallneurose vorkommen würde. Seit den neueren Ergebnissen hat sich aber der Kreis der Krankheitsgruppen, bei denen anatomische Stereotypie gefunden wurde, wesentlich erweitert und Z o l l i k e r stellte fest, daß sie praktisch bei allen Krankheitsgruppen, d.h. auch bei Neurotikern vorkommt.

In unserer Gruppe hatten m e h r a l s die H ä l f t e (63) Anatomie-Antworten, davon der größte Teil (37%) über 12% und 23% der Pb. über 20%.

Im Vergleich mit der Untersuchung M e l z e r s über die Tbc, bei der die Patienten, die überhaupt Anatomie-Antworten hatten, 14% betrugen, war der Prozentsatz der Anatomie-Antworten in unserer Gruppe höher. Dagegen war der Anteil der Patienten mit besonders vielen (20% und mehr) Anatomie-Antworten in der Tbc-Gruppe von S i n g e i s e n größer.

Häufigkeit der Anatomie-Antworten

	Anat			Anatomie-%		
	0	1-2	5-20	21-40	41 u.mehr	Anat 1 u.mehr
Alter						
20 J. (N=9)	77% (7)	11% (1)		11% (1)		22% (2)
21-50J. N = 11	18% (2)	27% (3)	18% (2)	18% (2)	18% (2)	82% (9)
51 J.u.m.	30% (6)	25% (4)	25% (5)	10% (2)	15% (3)	70% (14)
insg.%	38%	20%	18%	13%	13%	

insges. Anat. 1 u.mehr: 63%; insges. Anat. 5% u.mehr: 43%;

insges. Anat. 21% u.mehr: 25% = Diabeteskranke;
insges. " " u.mehr: 32% = Lungen-Tbc-Kranke;
" Anat. 21% u.mehr: 10% = Herzkranke
nach S i n g e i s e n .

1) E. Bohm: a.a.O., S.131

Die höchsten Anatomie-Prozente sind in der mittleren Altersgruppe (21 bis 50 Jahre) anzutreffen, in der sich auch der höchste Prozentsatz derer befindet, die überhaupt Anatomie-Antworten hatten (82%).

Diese Tatsache hebt noch besonders die Schwere der neurotischen Befunde in der mittleren Altersgruppe hervor, da bei der Normalbevölkerung die Anatomie-Antworten gerade bei Menschen höheren Alters am häufigsten sind.

Die besonderen Phänomene

j. Farben- und Hell-Dunkelschock

"Wenn im Versuche jene Erschütterung durch die farbigen Kleckse, die Rorschach Farbenschock nennt, festzustellen ist (durch manifeste Ablehnung der Tafel, oder auch Verschlechterung der Formqualität, verlängerte Antwortzeit usw.), so ist erfahrungsgemäß die Diagnose auf neurotische Störung berechtigt. (Es sind dies meist solche Störungen des seelischen Gleichgewichts, die psychologisch erklärbar und durch Psychotherapie heilbar sind.)"
"... So muß das Verhalten der Probanden, die sich von den farbigen Klecksen erschüttern lassen, offenbar darauf beruhen, daß die Farben geeignet sind, irgendwie die verdrängten Konflikte aufzuwecken. Dadurch entsteht Angst, und der Schock ist eine Folge dieser Angst."
"Der Farbenschock führt keineswegs (eig.Anm.: in jedem Falle) zu einer Ablehnung von Farbantworten, wie es bei den Depressiven der Fall ist. Die Neurotiker leisten oft sogar mehrere FbF-Antworten.
Das gilt auch für die anderen Formen des Schocks im Versuch, u.a. auch für den Hell-Dunkel-Schock."[1]

Andererseits ist der Symptomwert des Farbschocks vorwiegend bei den Rorschach-Forschern in den USA umstritten, und zwar u.E. hauptsächlich aus dem Grunde, da erfahrungsgemäß das Vorhandensein dieses Schocks häufig auch bei den klinisch-relativ Symptomlosen feststellbar ist, so daß er nicht hinlänglich zur Differenzierung zwischen diesem und den Neurotikern im üblichen klinischen Sinne beitragen kann. In diese Richtung weisen auch die wenigen bisherigen quantitativen Validierungsversuche über den differenzierenden Wert des Schocks, in denen Vergleiche zwischen sog. Extremgruppen von klinisch Symptomlosen, wie es heißt "Gesunden" und Neurotikern, die in Behandlung stehen, angestellt wurden.

Die Ergebnisse dieser Vergleiche zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden genannten Extremgruppen erst ab 3 Schocks und höher (Fb-Rot und Hd-Schocks insges.).[2]

---

1) E.Schneider, a.a.O., S. 57/58
2) Lienert: "Testaufbau u. Testanalyse", Weinheim 1961, S.273

Das beweist aber u.E. noch bei weitem nicht, daß auch eine geringere Anzahl von Schockphänomene nicht ein Störungsanzeichen sind, wenn sie auch u.a. bei den sogen. klinisch Symptomlosen vorkommen können.

Die Gesamtzahl der Schockphänomene (R.Sch.+Fb.Sch.+Hd.Sch. insg.) bei den einzelnen Diabeteskranken und deren Häufigkeitsverteilung.

Anzahl d.Schocks / Alter	1 Schock	2 Schocks	3 Schocks	über 3 Schocks	% Pb. .3 Schocks u.mehr
bis 20J.	4	1	1	1	22%
21-50J.	3	2	3	3	54,5%
51 u.ält.	6	7	6	1	35%
insges.	13	10	10	5	
%	30%	25%	25%	12,5%	
			37,5%		

Der Prozentsatz der Pb. in unserer Versuchsgruppe, die 3 Schocks und mehr hatten, betrug insgesamt 37,5%. Die durchschnittliche Schockzahl ist bei den Diabetikern 2 Schocks (~~pro Pb~~) Der größte Prozentsatz von Kranken mit hohen Schockzahlen (3 und mehr) war in der mittleren Altersgruppe (von 21-50 J.) festzustellen (54,5%). Dieser letztere Befund entspricht auch unsern übrigen Befunden, die alle auf die größere Floridität der neurotischen Symptomatik gerade bei dieser diabetischen Altersgruppe hinweisen. Die gefundene hohe Schockzahl beweist zwar das häufige Vorhandensein dieser Erscheinungsform der neurotischen Störbarkeit bei den Diabeteskranken, da sie aber die durchschnittliche Schockzahl der Lungen-Tbc-Kranken nicht erreicht,(3-4) kann sie nur als gemeinsames neurotisches Symptom mit anderen schweren psychosomatischen Erkrankungen betrachtet werden.

---

1) Melzer, a.a.O.

Schock auf Tafel II und III

		%
bis 20 J. N = 9	3	33
21-50 J. N = 11	7	64
50 J. u. älter N = 20	12	65
Σ	23	58

Farbschock auf die Tafeln VIII, IX o X

		%
bis 20 J. N = 9	1	11
21-50 J. N = 11	10	91
50 J. u. älter N = 20	10	50
Σ	21	53

Häufigkeit der Dunkelschocks

		%
bis 20 J	5	55
21-50 J.	4	36
50 J. u. älter	11	55
Σ	20	50

Die Schocks verschiedener Arten sind in unserer Diabetesgruppe im Vergleich mit "Normalgruppen" doch als auffallend häufig anzusehen. Nur 3 Pb - weniger als 10% - zeigten keine der Schockarten.

Insgesamt waren die Schocks auf Tafel II und III (58%) am häufigsten, was in vielen Fällen als Rotschock erkannt werden konnte. Dies würde auf eine Schwierigkeit im Aggressionsbereich hindeuten. Jedoch können wir, da die Häufigkeit der Schocks auf die Tafeln mit roten Flecken in wenig signifikantem Ausmaß die der sonstigen Farbschocks übertrifft, hier nur auf das Vorhandensein, nicht aber auf die Vorherrschaft der Aggressionsproblematik schließen.

Bezeichnenswert ist noch die signifikant höhere Häufigkeit der Farbschocks in der mittleren Altersgruppe (91%!), was mit der auch anderswo gefundenen größeren Akutheit und Floridität der neurotischen Symptome in dieser Altersgruppe übereinstimmt.

k. D i e V e r s a g e r

"Der Versager besteht aus einem plötzlichen Aussetzen der Deutungen zu einer bestimmten Tafel und beruht zumeist auf einer Hemmung oder Sperrung des Gedankenablaufes."[1]

Nach Rorschach kommt es bei Normalen fast niemals vor, nach den Untersuchungen von W a g e r s m a und S c h a f n e r [2] soll es jedoch auch bei praktisch Normalen vorkommen. Dieser scheinbare Widerspruch beruht wahrscheinlich auf der Tatsache, daß die sogen. "praktisch Normalen" doch häufig neurotische Störungen zeigen. Nach B o h m ist es in den weitaus meisten Fälle ein Schocksymptom und Zeichen einer Neurose. Bisweilen soll es auch auf einem Intelligenzkomplex beruhen können. Psychoseverdächtig ist er eher, wenn er bei den relativ leichten Tafeln (III, V) auftritt.

Die Häufigkeit derVersager bei den von uns untersuchten Diabeteskranken ist beachtlich groß. Mit 11 VP (27%) und insgesamt 23 Versagern übertrifft sie sogar die auch große Häufigkeit

---

1) Bohm, a.a.O., S. 104
2) ders., "Psychodiagnostisches Vademecum", S. 3, (zit. nach)

Verteilung der Versager auf die Tafeln

VI	IX	II	VII	X	VIII
5	5	4	4	3	1

insges. Pb. mit Versager: 11 = 27,5%

Häufigkeit der Versager

Alter	1 Versager	2 u.mehr Versager	Summe	%
bis 20 J. N = 9		3	3	33
21-50 J. N = 11		3	3	27
50 J.u.mehr N = 20	4 (20%)	1 (5%)	5	25
insges. Vp	4 (10%)	7 (18%)		

der Versager bei den von Melzer untersuchten Lungen-Tbc-kranken (7 Pb.).

Die Versager bei den Diabetikern häuften sich bei diesen Tafeln, die auch nach anderen Untersuchungen die größte Anfälligkeit auf Versager zeigten und können deswegen meist als besonders starke Schockwirkung betrachtet werden.

1. Die D e f e k t - A n t w o r t e n

Die Defektantworten, d.h. Antworten, die abgeschnittene oder beschädigte menschliche Körperteile beinhalten, lassen auf ein Gefühl des Beschädigtseins, der Invalidität schließen. Sie waren erwartungsgemäß bei den Diabeteskranken häufig. 30% der Pb. gaben Defektantworten. Da die Diabetes ins Leben der Patienten tief einschneidet, kann diese Zahl auch mit dem Bewußtsein des Krankseins verstanden werden.

Die H e l l - D u n k e l - A n t w o r t e n nach B i n d e r

H. B i n d e r fand in seinen Untersuchungen, daß die Hell-Dunkel-Schattierungs-Antworten, im Gegensatz zu den Farben, die die "peripheren Einzelgefühle" ansprechen, mehr den "seelischen Kern", die "zentrale Stimmungs- und Gefühlslage" anzeigen. Die statistischen Befunde Binders zeigten, daß die Hd-Deutungen überhaupt verhältnismäßig selten sind (ca. 7% seines Gesamtsample).

Bei den sogenannten 'Psychopathen' und Neurotikern übersteigen sie die Zahl derjenigen der 'Normalen' um ein Mehrfaches. Dagegen kommen die F(Fb) im engeren Sinne meist bei Normalen und seltener bei Neurotikern und 'Psychopathen' vor.[1)]

> Die reinen Hell-Dunkel-Antworten (Hd) zeigen eine Stimmungsreaktion bei völligem Fehlen steuernder Formungskräfte an;
> die HdF-Antworten eine ungenügende Tendenz zur Beherrschung von Stimmungsreaktionen;
> die FHd-Antworten - wo ein Streben nach Selbstbeherrschung und Anpassung zwar vorhanden, aber infolge mangelhaft differenzierter Intelligenz bisweilen nicht realisierbar ist;
> FHd+ = wo eine gute sophropsychische Beherrschung von Stimmungsreaktionen vorhanden ist.[2]

Auf die Art dieser zentralen Stimmung und Verstimmung - ob depressiver, ängstlicher oder gereizter Art - kann man häufig nur aus dem Inhalt dieser Hd-Antworten schließen. Dies müssen wir aber in unserer Gruppenauswertung zunächst ausklammern.

Da in den von uns als Vergleichsgruppe angeführten Arbeiten von S i n g e i s e n und M e l z e r[3] bei den Lungen-Tbc- und Herzkranken die Binderschen Helldunkelwerte von den Rorschachschen F(Fb)-Antworten nicht differenziert wurden, war ein Vergleich unserer Ergebnisse mit diesen nicht sinnvoll.

Die Auszählung der Helldunkelantworten bei den Diabeteskranken weist zunächst auf eine auffällige Häufigkeit dieser Kranken hin, die eine der Arten von Hd-Antworten haben (23 Pb. = 57%). Der Vergleich der Durchschnittswerte von HdF- und Hd-Antworten

---

1) H. Binder, "Die Helldunkel-Deutungen im Rorschach ...", Schweizer Arch.f.Neur.u.Psychiatrie, Bd.30, 1933, S.1-61 u. 233-286 (zit.nach E.Schneider u. Bohm, a.a.O.)
2) Bohm, Vademecum a.a.O., S. 12
3) Singeisen u. Melzer, a.a.O.

der Diabeteskranken mit den Durchschnittswerten B i n d e r zeigen eine starke Annäherung der Durchschnitte der HdF und Antworten bei den Diabeteskranken (0,47 und Hd = 0,07) zu den Durchschnittswerten der Neurotiker und übertreffen erheblich die Werte der Normalen.

Dieser Befund weist auf eine den Neurotikern vergleichbare Häufigkeit von "zentralen Verstimmtheiten" bei den Diabeteskranken hin.

Die Häufigkeitsverteilung der Helldunkel-Antworten bei den Diabeteskranken und Vergleich ihrer Durchschnittswerte mit denen von Normalen und Neurotikern nach B i n d e r)

Hd-Antw. Alter	FHd u. F(Fb)	HdF	Hd
bis 20 J.	2 Pb.	-	-
21-50 J.	9 Pb.	6 Pb.	2 Pb.
51 u.ält.	8 Pb.	7 Pb.	1 Pb.
insg.Pb.	19 Pb.	13 Pb.	3 Pb.
% d.Pb.	47,5%	32,5%	7,5%
insg.Hd-Werte	28	19	3
Durchschnitt	0,7	0,47	0,07
Neurot. Durchschnitt	2,5	0,5	0,1
Normal Durchschnitt	0,8	0,1	0

1)

1) H. Binder, a.a.O. (zit. nach E. Schneider, a.a.O.)

n. L e e r - oder W e i ß - S c h o c k und S e x - S t u p o r

Das stuporöse Verhalten bei gewöhnlich als Genitalien gedeutete Details und die Aussperrungen auf Tafel VII und II faßten wir wegen des etwa ähnlichen Symptomwertes zusammen.

Leer- oder Weiß-Schock wird bei Männern als Zeichen von Angst vor dem Weibe, die meistens auf einer **verstärkten weibliche** Identifikation beruht, erachtet. Bei Frauen finden sich bei Weiß-Schock gewöhnlich deutliche Züge männlicher Identifikation mit einer unbewußten Ablehnung der weiblichen Rolle. Der Sexualsymbolstupor bedeutet allgemein eine Form von S e x u a l a n g s t , die auf Verdrängungen der Sexualität beruht.[1]

Die geringere Häufigkeit bei den jugendlichen Diabetikern (11%) läßt sich wahrscheinlich nur auf die noch geringere Aktualität des Konfliktes zurückführen.

Die beträchtliche Häufigkeit bei den erwachsenen Gruppen scheint insbesondere in Anbetracht der sonstigen Seltenheit des Weiß-Schocks signifikant. Sie läßt sich als Verstärkung der homosexuellen Kompoenenten bei Weiß-Schock (25%) und zusammen mit dem Sex-Stupor, als Störung der Sexualität bei einem beträchtlichen Teil unserer Untersuchungsgruppe (33%) deuten.

Häufigkeit von Leer-Schock und Sex-Stupor

Alter	Sex.St.	L.Sch.	Summe	%
bis 20 J.	1	-	1	11
21-50 J.	-	4	4	36
50 J.u.älter	2	6	8	40
insgesamt	3	10	13	33%
%	8%	25%		

1) Bohm, a.a.O., S. 117

3. Ergebnisse und Diskussion der Gruppenauswertung der einzelnen Rorschach-Faktoren

Wir wollen zunächst die Ergebnisse dieser Auswertungsmethode zusammenfassend darauf untersuchen, erstens inwiefern sie zu dem seelischen Bild des Diabeteskranken beitragen konnten; ferner sollte noch geklärt werden, wie weit diese feststellbaren psychischen Auffälligkeiten eine gewisse Spezifität für den Diabeteskranken aufweisen.

Die folgenden psychischen Befunde bei den Diabeteskranken heben sich nicht nur von der Psyche der sogen. "psychisch Symptomlosen", sondern auch von den psychischen Befunden unserer Vergleichsgruppen - der Lungen-Tbc- und Herzkranken - in ihrer Art oder ihrem Ausmaß ab.

a) Als einer der auffälligsten Befunde im Rorschachbild der Diabeteskranken ist die Häufigkeit der koartierten und koartativen Erlebnistypen (58%) anzusehen. Dieser Befund kann einerseits als Anzeichen einer verringerten Verarbeitungsfähigkeit des Ichs bei unseren Kranken interpretiert werden, die weder ein "Abreagieren" in der Außenwelt (wie bei d.Extroversiven),noch ein intrapsychisches, wenn auch neurotisches Erleben ihrer psychischen Konflikte erlaubt. Andererseits ist noch die Koartation auch als Anzeichen der depressiven Verstimmung anzusehen.

b) Die Mißachtung des Praktisch-Alltäglichen, wie sie im Erfassungs-Typ der Mehrzahl unserer Diabeteskranken zum Ausdruck kam, weist noch auf einen verringerten Realitätskontakt hin, der sich in vielen Fällen sogar zu einer Verschrobenheit steigert (G-(D)-Dd).

c) Wir konnten noch auf Grund der Verteilung des Farb-Typus bei den Diabeteskranken eine Häufung von Kranken von noch labilerer und unangepaßterer Affektivität aufzeigen als bei den Lungen-Tbc- und Herzkranken unserer Vergleichsgruppe.

d) Die signifikant hohe Häufigkeit von Angst und andere Anzeichen von emotionaler Störbarkeit kamen in den Versagern, den Hd-Antworten und z.T. auch in den verschiedenen Schockarten (90%) zum Ausdruck.

Die bisher genannten psychischen Merkmale bestätigen und ergänzen noch zusätzlich das an Hand des Erlebnis-Typus erschlossene Bild der Ich-Schwäche.

e) Die Gestörtheit der Sexualität bei den Diabeteskranken, die auch im Rorschach (Sex-Stupor, Weiß-Schock) erschien, konnte in einer relativ hohen Häufigkeit (33%) aufgezeigt werden.

f) Das verminderte Kontaktvermögen der Diabeteskranken kam noch sowohl in den geringen M% wie auch in den labilen Farbwerten bei der Mehrzahl der Diabeteskranken zum Vorschein. Dies konnte in den meisten Fällen als Kontakthemmung erkannt werden (Md mehr als M = 6o%).

Daß wir die genannten psychischen Persönlichkeitszüge bei der G r u p p e der Diabeteskranken aufweisen konnten, besagt und beweist noch nicht, daß sie alle bei jedem Einzelnen von ihnen aufzufinden wären.

Ferner müssen wir noch darauf hinweisen, daß, wenn auch die genannten signifikanten Rorschachsymptome (wie z.B. die Koartation des Erlebnis-Typus') sich von unseren beiden Vergleichsgruppen von Lungen-Tbc- und Herzkranken abhoben, sie doch auch im Rorschachbild von gewissen anderen allgemein anerkannten psychosomatischen Erkrankungen vorzufinden sind. Denselben koartierten Erlebnis-Typus fand nämlich S t a h l[1] bei 49% seiner E n u r e t i k e r n . F l o ß d o r f[2] z.B. konnte diesen Erlebnistypus auch bei den Stotterern (der tonisch-klonischen Abart) feststellen, samt mancher der anderen genannten neurotischen Rorschachsymptome, wie Hd.-Sch., Hd.-Antworten und geringe M%.

---

1) Stahl: Psychodiagn.Unters.b.Enuretikern, Psych. Diss. München 60
2) Floßdorf: "Über das Stottern", Diss. 1958, München, S.60

N. B r a t t - Ö s t e r g a a r d[1] fand in ihrer Untersuchung bei Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen verschiedener Arten eine Formelkonstellation im Rorschach, die mit unseren Befunden bei den Diabeteskranken eine starke Ähnlichkeit zeigt. Sie fand nämlich auch sowohl eine v e r r i n g e r t e Anzahl der Farb- wie auch der Bewegungsantworten und einen erhöhten Anteil der Dzw+Do+Hd wie der Versager.

Die nachfolgenden psychischen Merkmale hoben sich zwar auch signifikant vom seelisch "Gesunden" ab, nicht aber von den chronisch Kranken unserer Vergleichsgruppen.

g) Die Neigung zur "narzistischen Libidobesetzung" des eigenen Körpers, wie sie in den Anatomie-Antworten im Rorschach zum Ausdruck kam, hob sich auch in ihrer Häufigkeit (86%), wenn auch nicht in ihrem Ausmaß, von den chronisch Kranken unserer beiden Vergleichsgruppen ab. In diese Kategorie gehört auch die festgestellte Neigung zu dem Gefühl des B e s c h ä d i g t - s e i n s , wie sie in den Defekt-Antworten zum Vorschein kam.

h) Die Tendenz zu "zentralen Verstimmungen" konnte in der Häufigkeit der Hell-Dunkel-Antworten aufgezeigt werden.

Schon die bisher aufgezeigten Befunde im Rorschach liefern uns eine gewisse Erfüllung für das e r s t e K r i t e r i u m[2] unserer ersten Ausgangshypothese, nämlich, indem wir im Rorschach der Diabeteskranken gewisse - mit anderen gesicherten psychosomatischen Erkrankungen (Enuretiker, Stotterer) gemeinsame n e u r o t i s c h e Züge in einem vom "Gesunden" signifikant abweichenden Ausmaß aufweisen konnten.

Wenn auch unsere zweite Hypothese, die "Diabetes-Spezifität" dieser psychischen Merkmale, zwar mit dieser unserer Methoden nicht nachgewiesen werden konnte, so können wir wohl von einer relativen Z u o r d n u n g und A f f i n i t ä t dieser Persönlichkeitsmerkmale zum somatischen Krankheitsbild der Diabeteskrankheit sprechen. Unsere Befunde zeigen sogar in ihrem Z u s a m m e n h a n g eine gewisse Übereinstimmung mit dem durch D u n b a r gefundenen "Persönlichkeitsprofil" des Diabeteskranken.[3]

---

1) zit. nach Bohm: "Psych.Diag.Vademecum", S. 58
2) vgl. oben S. 33
3) vgl. oben S. 25

4. Diskussion der Ergebnisse der Gruppenauswertungen des Rorschach

Primär-praemorbide Persönlichkeitszüge oder sekundäre psychische Reaktion auf die somatische Krankheit?

Wenn auch der Vergleich unserer Ergebnisse bei den Diabeteskranken mit den "Gesunden" einerseits und mit denen anderer Krankengruppen andererseits den Schluß einer Zuordnung zum diabetischen Krankheitsbild zuläßt, darf bei deren Interpretation doch nicht übersehen werden, daß der Rorschach-Test in erster Linie einen Einblick in das gegenwärtige Persönlichkeitsbild erlaubt.

Die Frage, wie weit vom Rorschachbild allein nach erfolgtem Trauma, wie es hier wohl die Manifestation der Krankheit für den Kranken bedeutet, auf die praemorbide Persönlichkeit geschlossen werden kann, läßt sich nicht in jedem Falle eindeutig beantworten.

Das Problem der Diagnose der Ausgangspersönlichkeit nach erfolgtem Trauma wurde von Spreen[1] eingehend behandelt (bezüglich des läsionellen Gehirntraumas).

Eine der Möglichkeiten wäre, von den eventuell erhalten gebliebenen "hohen Säulen" der von dem eventuellen "Krankheitstrauma" betroffenen Persönlichkeit auf deren praemorbide Psyche zu schließen.

In der Mehrzahl unserer Fälle ist aber ein solcher Schluß nicht möglich, da ein großer Teil unserer Kranken nur höchstens durchschnittlich begabt schien und, wie Böttcher mit Recht behauptet, diese Methode nur bei überdurchschnittlich Begabten angewandt werden kann, bei denen jemals solche "hohen Säulen" vorhanden waren.

Harris und Bowman stellten jedoch fest, daß die praetraumatische Persömlichkeit einen größeren Einfluß auf die Art der erfolgten Persönlichkeitsveränderung haben kann, als die Art des Traumas. Blaker meint sogar, daß bei Gehirnschäden die praemorbide Persönlichkeit im Rorschach in jedem Falle erkennbar sei, und daß verstärkt erscheinen nur die Abwehrmechanismen.

---

1) Ottfried Spreen: "Möglichkeiten zur Diagnostik der Ausgangspersönlichkeit in der Testuntersuchung". Schweizer Zeitschrift Psych.u.ihre Anwendung, Bd. XX, 1961

Gerade für den hervorstechendsten unserer psychischen Befunde - die der I c h s c h w ä c h e oder mit anderen Worten "Psychoinfantilität" - ließe sich die These eines krankheitsreaktiven Entstehens am w e n i g s t e n aufrecht erhalten. Wir dürfen daher mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die wichtigsten im Rorschach erscheinenden psychischen Merkmale in ihren Grundzügen auch schon p r a e m o r b i d vorhanden waren. Das betrifft nicht nur die verminderte Verarbeitungsfähigkeit des Ichs, sondern wahrscheinlich auch die K o n t a k t s c h w ä c h e und die gestörte s e x u e l l e E n t w i c k l u n g .

Das schon praemorbide Vorhandensein dieser psychischen Züge erfährt aber seine eigentliche Bestätigung hauptsächlich durch die Befunde unserer E x p l o r a t i o n , die sich in diesen Punkten mit den Rorschach-Ergebnissen ergänzen.

Es wird aber klar sein, daß wir keinen der Faktoren a l l e i n als ausschließlich für den Diabeteskranken typisch betrachten dürfen, denn, wie bereits dargestellt, sie können genauso auch einzeln bei anderen Krankheitsbildern vorkommen. Das für Diabetiker Eigentümliche dürfte vielmehr in einer strukturellen d y n a m i s c h e n V e r k n ü p f u n g dieser Faktoren gesehen werden. **Dieser dynamische Zusammenhang ist aber weder aus dem Rorsch Bild und auch mit keiner der einzelnen psychodiagnostischen Methoden zu erhellen.**

Obwohl wir den Beweis der S p e z i f i t ä t der psychischen Befunde auch mit der Kombination der verschiedenen psychodiagnostischen Methoden n i c h t **werden erbringen** können, wird wohl die kombinatorische Auswertung der verschiedenen psychodiagnostischen Methoden in vielen Fällen, wie nachfolgend dargelegt, den Stellenwert der einzelnen psychischen Merkmale im Schicksal des einzelnen Diabeteskranken und dessen möglichen s p e z i e l l e n Zusammenhang mit der Diabeteskrankheit ergeben.

V. Individuelle Auswertung der kombinierten Testergebnisse

Wir haben auch noch aus den kombinierten Ergebnissen der verschiedenen psychodiagnostischen Methoden eine individuelle Psychodiagnose eines jeden Kranken vorgenommen.

Im Gegensatz zu der bisher dargestellten statistischen Auswertung der einzelnen Textergebnisse, die hauptsächlich dem Gruppenvergleich diente, wollen wir hier versuchen, den individuellen Kranken in g a n z h e i t l i c h e r e r Sicht darzustellen, d.h. die erschlossenen verschiedenen Persönlichkeitszüge in ihren i n d i v i d u e l l e n und s p e z i e l l e n Zusammenhängen zu sehen.

Denn erst diese möglichst vielseitige Sichtweise des i n d i v i d u e l l e n erkrankten Menschen, in der sein l e i b l i c h - s e e l i s c h e r (psychosomatischer) Werdegang und gegenwärtiges Zustandsbild zusammen gesehen werden, kann uns in den optimalen Fällen zur Einsicht in die leib-seelischen Zusammenhänge verhelfen.

Wie weit dies mit den von uns angewandten psychodiagnostischen Methoden, unter den gegebenen Umständen, erreicht werden konnte, wollen wir in dem nachfolgenden Abschnitt, insbesondere in der Kasuistik, demonstrieren.

T y p o l o g i s c h e Beschreibung der verschiedenen P e r s ö n l i c h k e i t s b i l d e r in den A l t e r s g r u p p e n der Diabeteskranken mit kasuistischen Beispielen

1. Der j u g e n d l i c h e Diabetiker (bis 20 Jahre)

Die Jugendlichen unserer Versuchsgruppe boten das psychische Zustandsbild einer allgemeinen s e e l i s c h e n E i n e n g u n g oder "Ich-Einschränkung".

Diese 'Koartiertheit' kam bei ihnen meist auch in der relativen Magerheit der explorativ eruierbaren Informationen zum Ausdruck.

Der Eindruck, den diese Kranken machten, war meistens dem einer starken psychischen E n t w i c k l u n g s retardation ähnlich, wobei vordergründig manchmal sogar der Anschein einer Oligophrenie entstand.

An Hand der übrigen Auskünfte und Symptome konnte man aber in den meisten Fällen im Hintergrund dieses Zustandsbildes auf eine neurotisch bedingte Depression schließen. Diese Depression schien meist mit einer Aggressionshemmung in Zusammenhang zu stehen, was sich auf die psychische Gesamtentwicklung, die Intelligenzleistung inbegriffen - auswirkte. Diese kam auch in der verlangsamten Gedankenproduktion im Rorschach zum Ausdruck.

Die jugendlichen Diabetiker sind meistens ängstliche 'überbrave', zurückgezogene Menschen. Sie zeigen eine Neigung zur Isoliertheit, sowie eine gestörte Kontaktfähigkeit (wenige M-Antworten, oft überhaupt keine M. im Rorschach).

Sie sind gehemmte und depressive Typen. Wie im Falle (I) läßt sich oft schon in den Tests die Psychodynamik dieser Depression in der Introversion der Aggressionsimpulse erkennen. Bei den Jungens steht noch eine starke Strafangst("Kastrationsangst"), wie sie im Sex-Stupor an den genitalienähnlichen Details im Rorschach zum Ausdruck kommt, im Mittelpunkt.

Die jugendlichen Kranken schienen unter den übrigen Krankengruppen im allgemeinen am tiefsten und schwersten psychisch gestört.

(Pb. I), männlich, 14 J. Schüler, Krankheitsausbruch 10 Jahre.

Aus der Exploration:
Von der Mutter wird er als ruhiges, sehr b e s c h e i d e n e s Kind geschildert, das er auch schon v o r der Krankheitsmanifestation in seinem 10. Lebensjahr gewesen sei. Er habe nur einen Freund. In der 3. Volksschulklasse sei er einmal nicht versetzt worden.

Im T.A.T. kommen seine starken aggressiven Impulse und ihre Umkehr gegen sich selbst zum Ausdruck. Die Mutter wird nur als der Richter erlebt.

6 BM.: Eine Verhandlung, ... daß der was Schlimmes angestellt hat. Daß er vor dem Richter steht und daß Urteil gesprochen wird. (Wie wird das Urteil?) Schlecht, weil er so ein Gesicht macht. (Was hat er getan?) Vielleicht jemanden ermordet.
(Die Frau?) Das könnte seine Mutter sein.
(Enden?) Daß er Selbstmord begeht.
(Und die Mutter?) .....

Sein Kontaktbedürfnis ist wahrscheinlich infolge dieser starken Aggressionshemmung auch gehemmt und kann nur Tieren gegenüber frei empfunden werden. **(Siehe 13 BM)**

7 BM.: ... Daß der (Ältere) dem was anlernt, daß der das nicht gern tut. Der verspricht ihm Geld und dann ... entschließt er sich es doch zu tun.
(?) - Auf einen König oder irgendwie ein Attentat. Daß er (es) versucht und wird erwischt. Durch eine Verhandlung kommt das heraus, daß der den angelernt hat und daß dann beide eingesperrt werden.

Rorschach Verrechnung: AZ: 12 (6/6) Hd/Fb: 9/3; Zeit: 27' (16/11)

G: 8 (6-)	F+: 2	M: 1	V:1	Besondere Phänomene:
D: 4	F-: 7 (1u)	Md:3	Anat%:25	I.S.,Fb.S. (II u.
	FbF:1	T: 3	F+%:22	VIII Versg.) D.S.
	FHd:1 (-)	Anat:3	F%:75	(IV Versg.)
		Vulkan:1		
		Geogr:1		Antw.in Frage: 1

Wahl: -IX; +X

Erf.Typ: G- -(D) Erf.Typ: 0:1

Im Rorschach zeigt er ein stark vermindertes Intelligenzniveau (F+%: 25) mit völliger Einengung sowohl in den affektiven - auf die Umwelt gerichteten - wie auch in den intrapsychischen Verarbeitungsmöglichkeiten seiner Persönlichkeit (E.T. D:1). Es herrschen starke Ängste vor, die allem Anschein nach von Aggressionsverdrängungen herrühren (R.S., D.S., Fb.S. VIII, IX Vulkan). Es ist anzunehmen, daß sie die Einengung und wenigstens zum Teil auch das niedrige Intelligenzniveau bedingen.

Z u s a m m e n f a s s e n d : Das Zustandsbild ist allgemeine seelische Einengung, wenigstens zum Teil Pseudodebilität und depressive Verstimmungen infolge starker Aggressionshemmungen.

Die Rolle des Psychisch-Emotionellen kann in diesem Falle am besten mit der Modellvorstellung c) (siehe S. 32), wenn auch nur im Sinne der Mitverursachung, verstanden werden; demnach wären hier infolge chronischer unbewußter Ängste die Kampf- und Fluchtreaktionen ständig in Bereitschaft gehalten. Dies würde auch mit der von physiologischer Seite festgestellten Tatsache übereinstimmen, wonach der Jugenddiabetes meistens als Gegenregulationsdiabetes infolge einer Störung des Hypophysenvorderlappens angesehen wird.

2. Diabetiker der m i t t l e r e n Altersgruppe (21 - 50 J.)

Bei den Kranken dieses Alters war die Konflikt- oder Versagungssituation kurz vor der Krankheitsmanifestation am häufigsten und eindeutigsten nachweisbar.

Unter diesen Kranken kommt der emotional eingeengte Persönlichkeitstypus auch auffallend häufig vor (44% koartiert bis koartative Erlebnis-Typen).

Das offenbar ursprünglich h ö h e r e Persönlichkeitsniveau und seine Beeinträchtigung durch die Neurose trat bei diesen (im Rorschach) klarer als bei den übrigen Altersgruppen hervor. In diesen Fällen, wo dies die allgemeine emotionelle Einengung und Verarmung noch zum Vorschein kommen läßt, sind starke dysphorische Stimmungen festzustellen (Hd-Antworten im Rorschach).

Die angstneurotischen und hysterischen Züge treten noch mit Konversionssymptomen bei den Frauen, und mit Verdrängung der Sexualität bei den Männern auf. Anzeichen der Aggressionsverdrängung (R.Sch.im Forsch.) sind auch in dieser Altersgruppe die häufigsten (64%). Sie sind meist mit zwangshaften Abwehrformen gepaart (Fall III).

Die schizoiden Persönlichkeitsstrukturen bzw. solche mit schizoiden Einschlägen, mit mehr oder weniger ausgeprägten paranoiden Zügen, waren unter den Diabetikern dieses Alters am häufigsten zu finden (44%).
In dem schwersten Falle ist es eine ausgesprochen paranoide Persönlichkeit (VII), welche sogar ein psychoseähnliches Zustandsbild bietet.
Unter diesen Persönlichkeitsstrukturen zeigten zwei einen introversiven Erlebnistypus, wobei die ausgeprägten schizoiden bzw. paranoiden Persönlichkeitsstrukturen mit zwanghaften Zügen (als "Abwehrmechanismus") und auf sensitiver Grundlage in Erscheinung traten. Die Aggressionstendenzen (Dzw), die bei diesen Kranken im stärksten Ausmaße vorhanden waren, wurden gegen sich selbst gerichtet und wirkten sich in selbstzerstörerischen Neigungen (im Inhalt der B-Antworten) und stärksten Depressionen aus.
In dieser Altersgruppe fanden wir noch einen Kranken mit der extremsten Ich-Schwäche und Verwahrlosungs- und kriminellen Tendenzen (Mord- und Suizidversuche), der außer an Diabetes auch an Lungen-Tbc. litt.
Die Sexualität dieser Kranken im weiteren Sinne erschien als gestört bzw. erreichte nicht die Reifestufe. Bei den Frauen trat dies als Schwierigkeit in dem Leben der weiblichen Rolle; bei den Männern in Form der "Kastrationsangst" bzw. einer stark ambivalenten Einstellung Frauen gegenüber auf.

Nur bei zwei Kranken dieser Gruppe waren die sthenischen Komponenten stärker vorhanden. Sie zeigten auch ein normales Persönlichkeitsniveau und einen dilartierteren Erlebnistypus. Bezeichnenswerter Weise waren diese beiden Kranken, welche in der Gesamtgruppe das psychisch normalste Bild boten, in psychotherapeutischer Behandlung. (Fälle: V. und Fr. K.)

Patient II: männlich, Alter 26 J., Student phil.

Er zeigt eine zackige Sprechweise, dem Testen gegenüber ein gewisses M i ß t r a u e n . G. ist erster in der Geschwisterreihe von drei Geschwistern.
V a t e r ist Physiker. G. schildert ihn als ruhig, sehr t o l e r a n t , fühlt sich ihm heute n ä h e r .
M u t t e r e n e r g i s c h , v i t a l , die ihn mit ihrer Fürsorge in der Liebe überrollte.
Seine innere Nähe zum Vater war auch dadurch bedingt, daß die Mutter in seinem Interesse für das Geistige nicht mitkam.
Während des Krieges, in Abwesenheit des Vaters, war er im Heim untergebracht, wo die Mutter ihn am Wochenende immer besuchte. Er fühlte sich durch die Mutter b e e n g t , was auch durch die Ü b e r ä n g s t l i c h k e i t der Mutter bedingt sein dürfte. Sie betrachtete ihn offenbar als Mannersatz bei der Abwesenheit des Vaters im Kriege.
Er hat früher g e r n e gut und viel gegessen, und hat besonders während der Depressionen, die periodisch und häufig auftraten, viel Süßigkeiten gegessen.
Der Diabetes kam zum Ausbruch im 17. Lebensjahr. Die Entdekkung der Krankheit war für ihn ein starker Schlag, insbesondere wegen der infolge der ihm auferlegten Diät erforderlichen Essensbeschränkungen. Offenbar auch infolge seiner periodischen Depressionszustände hatte er Mißerfolge in seinem Studium, obwohl allem Anschein nach seine Intelligenz dafür ausgereicht hätte.
Auf Vorschlag seiner Eltern begann er eine psychotherapeutische Behandlung. Vor der Behandlung hatte er während seiner Depressionen verschiedene Eskapaden wider die Diätvorschriften sich geleistet. (Süßigkeiten gegessen.)
Nach einem Jahr der psychotherapeutischen Behandlung hat sich sein Krankheitszustand wesentlich gebessert, insbesondere was die depressiven Verstimmungen betrifft. Infolgedessen kommt auch die Mißachtung der Diätvorschriften seltener vor.

Aus der E x p l o r a t i o n sind hervorzuheben:
Die infolge ihrer Überängstlichkeit als beengend erlebte M u t t e r , die offenbar auch die vitalere und energischere der Eltern war.

Dies begünstigte die anscheinend überstarke M u t t e r - i d e n t i f i k a t i o n ; die periodisch wiederkehrenden D e p r e s s i o n e n die auch die Studienleistung beeinträchtigen. Der zackige Auftritt und Sprechweise scheinen eine Überkompensation der inneren Weichheit, Abhängigkeitswünsche und Depressionen zu sein.
Die Manifestation der Diabetes während der Pubertät (17 J.) kann durch die A b l ö s u n g s k o n f l i k t e bei der b e e n g e n d wirkenden Mutter mitbedingt sein.

I m T A T steht im Vordergrund die D u r c h s e t z u n gs- und die Leistungsproblematik. Die Mutter wird t y r a n n i s c h geschildert. Der Konflikt mit der Mutter bleibt ungelöst.

6 BM "... Na ja, also eine A u s e i n a n d e r s e t z u n g zwischen Mutter und Sohn ... jetzt sind sie gerade so weit, daß keiner mehr weiter was sagen kann ... und der Sohn marschiert dann ab und es geht also auseinander. - (Was geschieht denn jetzt?) Jetzt ist er also gerade am gehen. (Das Motiv der Auseinandersetzung?) - ... Meinetwegen, die Mutter will, was der Sohn machen sollte, er aber nicht machen will. (Ende?) (- z.B.?) - Oh! (Seufzer) ... Beruflich oder was ähnliches. -(Schildern Sie die Mutter.) - ... Na ja, s a n f t e r H a u s t y r a n n , hätte ich gesagt. (Der Sohn?) - Der ist in der Art vom guten M. (gleichaltriger Bekannter), leicht aufbrausend, im Grunde soweit ganz nett, doch einen eigenen 'dicken Kopf' ... den er d u r c h s e t z e n will ... Läßt sich net hereinreden (?) U n g e r n dreinreden. (Ende?) - Zunächst mal ... Wut auf beiden Seiten, die sich dann später legt oder nicht. - Zunächst Beziehungen etwas schwierig. Ob es sich legt oder nicht, das wird sich noch herausstellen."

Auf Versagen bei der Leistung zunächst reagiert er mit Resignation, in der passiven Hilfeerwartung von der Vaterfigur, kommen oral-rezeptive Bedürfnisse zum Ausdruck.

7 BM "Hm ... den alten Mann würde ich als den Chef einer Firma erklären, oder wenigstens als leitenden Angestellten. Den jüngeren Mann für einen jüngeren Angestellten, der also jetzt irgendwas für die Firma getan hat, was nicht ganz so ausgegangen ist, wie er sich's gedacht hatte,nicht ganz so gut.

Er ist jetzt mächtig enttäuscht darüber und der Ältere versucht ihn etwas zu trösten ... (Konkretisieren) - Kann ich nicht viel. Und lügen ... will ich nicht (unverständliches Gemurmel). (Ermutigung.)
Nein, dann sagen wir, der junge Mann hatte eine A u s e i n a n d e r s . ... sagen wir er ... er ist halt deprimiert."

Im R o r s c h a c h erscheinen die Ich-Instanzen nicht integriert genug, um die etwas explosiven affektiven Impulse verarbeiten zu können. Die A f f e k t i v i t ä t wird zwar nach außen beherrscht, offenbar jedoch auf Kosten der allgemeinen Einengung. (B:2+B-Verdrängung).
Der intellektuelle Ehrgeiz ist krampfhaft über dem gegenwärtigen Leistungsvermögen, wahrscheinlich k o m p e n s a t o r i s c h übersteigert. (3 G-,DG). Die affektive Kontaktfähigkeit ist durch Ängste beschränkt, der Kontakt ist gegenwärtig eher auf der intellektuellen Ebene möglich. (V%=18).

Zusammenfassend: Im Zustandsbild steht im Vordergrund die zwanghafte Abwehr und intellektuelle Überkompensation. Im Hintergrund schizoide Züge (Perspektive, Erf.Typ: G.). Es sind noch die Angstzustände und die neurotische Depression auffallend. (Schocks, Hd-Antworten), Anzeichen des Psychasthenie-Syndroms (Brechungsphänomen VIII).

Rorschach-Verrechnung: AZ: 23 (Hd/Fb 9/4) Zeit 32'

G = 11 (20 G, 3-)	B = 2 (1-) zu mehr B Verdr.	M = 1
D = 10	F+ = 10	(M) = 2
Dd = 1	F- = 5 (2 unb.)	T 9 11
DDzw= 1	FFb = 2 (1-) FHd = 2 (-)	(T) = 1
	F/Fb = 1 HdF = 1	Obj = 2
	FbF = 3	Pfl = 2
	BT = 3	Speise: 1
		Gestein: 1
		Anat = 1
		Röntg
		Defekt: 1
F+% = 66	V = 4	
F% = 59	V% = 18	
T% = 54	VIII, IX, X % = 45	

Bes. Phänomene:

Rot St. (Meidung)
R.S. (II, III)
Fb. S (VIII, St, IX Bemerk.)
(Wahl IV drohend, VI anal)
Brechungsphän. VIII
Fb. S Schwergewicht IX!)
B Verdräng. (III, VII)
Komb.-Konfab. Kontam.: 2
Oder Antw. Symmetr.

Erl.Typ.: 2 : 4
Erf.Typ: G-D-Dd

I n t e r p r e t a t i o n :

Bei diesem Kranken konnten wir Psychodynamismen feststellen, nach welchen die Mitbedingtheit der diabetischen Stoffwechselstörungen sowohl nach Modellvorstellungen a) wie c)[1] verstanden werden kann, nämlich die schon prämorbid gezeigte Tendenz bei Depressionen zu o r a l e n Befriedigungen zurückzugreifen (Süßigkeiten), kann in diesem Falle nicht mit frühkindlich erfolgter Liebesversagung erklärt werden, sondern dürfte vielmehr durch die Verwöhnung bedingt sein. Die Liebes- und in unserem Falle auch die Leistungsversagung würde demnach durch den Kranken als physiologischer "Hungerzustand" g e l e b t , worauf die Mobilisierung der Blutzuckerreserven folgte. Andererseits die zu Tage tretenden chronischen Ängste (die u.a. auch mit der mangelnden Durchsetzungsfähigkeit zusammenhängen können), würden auf sympatikotonem Wege die Gegenregulation der insularen Zellen durch den Hypophysen-Vorderlappen übermäßig verstärken (siehe Modellvorstellung c)[1].

---

1) siehe oben S. 31/32

Patient III: 27 Jahre, Werksgehilfe
Diabetesmanifest. 26. J.

Aus der E x p l o r a t i o n :
Seine Sprechweise ist auffallend langsam und bedächtig. Als die glücklichste Periode seiner Kindheit schildert er die Zeit, als der Vater im Krieg abwesend war, da der Vater viel geschimpft und geklopft hat. Dieses 'Vaterproblem' hat er offenbar bisher noch nicht verarbeitet.
Eine Tante mütterlicherseits war geisteskrank, sie verübte schließlich Suizid. Es kamen auch andere Suizidfälle in der Familie vor, die ihn bis heute stark beschäftigen, wahrscheinlich nicht zuletzt im Zusammenhang mit seinen eigenen Depressionen.
Mit 23 Jahren kam er in die Nervenklinik zur Untersuchung, angeblich wegen starker Migräneanfälle. Wie er betont, wurde aber dort nichts Pathologisches befunden.
Die Migräneanfälle wie die Depressionen führt er auf gewisse Mißhandlungen zurück, die er während seiner Internierungszeit als Volksdeutscher in C.S.R. mit 17 Jahren erleiden mußte.

Sein Beruf entspricht weder seiner seelischen Einstellung - zur Introversion neigend - noch seinen Ambitionen. Er fühlte sich auch seinen Kollegen gegenüber benachteiligt. Wie er meint, wegen seines Diabetes - wagt er nicht den Wechsel zum Beruf, der ihn befriedigen würde (Schriftsetzer). Er ist im allgemeinen r e s i g n i e r t .
Die Manifestation seines D i a b e t e s fällt mit der Zeit seiner Heirat zusammen.
Die S c h w a n g e r s c h a f t seiner jetzigen Frau war offensichtlich der unmittelbare A n l a ß der Ehe.

Aus d e r E x p l o r a t i o n sind hervorzuheben:
die ungelöste Vaterproblematik, das möglicherweise damit zusammenhängende Gefühl des Zurückgesetztseins, die allgemeine d e p r e s s i v - resignierte Lebenshaltung und Mangel an Unternehmungsgeist, die 'Migräneanfälle' und Depressionen sowie die anscheinend aus der Identifikation herrührende Belastung und Beschäftigung mit den in der Familie vorgekom-

menen Psychose- und Suizidfällen.
In den TAT-Geschichten steht die Problematik der einengenden Eltern und die damit zusammenhängende Durchsetzungs- und L o s l ö s u n g s p r o b l e m a t i k im Vordergrund.[1]

6 BM "Schaut so aus, als ob der Sohn ein Anliegen hätte an seine Mutter und das Problem sehr schwer ist ... könnte der Sohn sein, schon gesagt.
Er kommt und möchte heiraten und (es) ist halt nicht erwünscht. Er weiß nicht, was er machen soll, weil er so nachdenklich ist. (?) Er wird es doch durchsetzen, auch wenn die Eltern noch so dagegen sind.

Das Verhalten des Helden ist zögernd nachdenklich, insbesondere der V a t e r f i g u r gegenüber, wo die D u r c h s e t z u n g , im Gegensatz zu der Situation mit der Mutter, n i c h t vollzogen werden kann. Angesichts dessen erscheint seine K o n f l i k t s i t u a t i o n vor seiner Diabetesmanifestation, als er aus entweder kompensatorischem Trotz oder durch die Umstände gezwungen heiratete, besonders erhellt.
Die Psychodynamik, die offenbar im Hintergrund seiner Depressionen steht, kommt klar in dieser Geschichte zum Vorschein, wo der 'Held' den Weg von der extremen A g g r e s s i o n (Mord) nach außen bis zur Umkehrung der Aggression nach i n n e n (Selbstmord) durchschreitet.

18 BM "Es könnte so ein M ö r d e r sein, der nicht fotografiert werden will und der sich das Gesicht abwendet. Ich hätte das Gefühl, daß er die Augen zumacht und wurde gerettet. - Er wollte ins W a s s e r , aber die Hände sind mit Gewalt gefesselt."

Zur V a t e r p r o b l e m a t i k :

7 BM "Es könnte auch der Vater und (der) Sohn sein, wo der Vater ihm zuredet, ein Problem auseinandersetzt. Es könnte dasselbe Problem sein: "Wenn du weggehst, kannst du von mir nichts mehr hoffen, (dann) trennen sich unsere Wege. (Er?) Er weiß halt nicht recht, was er tun soll, für was für einen Weg (er) sich entscheiden soll. (Lächelt)"

Im Rorschach beherrscht das Bild eine depressiv-ängstliche Haltung (R.Zt., Obj.Kr.Symm.). Die Hemmung sowohl im Sexual-Libidinösen, wie auch im Aggressionsbereich (R.S., W.S., SexSt.) scheinen die Ängste phobischer Art (HdF, FHd) zu bedingen, von denen die Straf- (Kastrations-) Angst (Defekt: 2) im Vordergrund steht. Von den Abwehrmechanismen sind die zwanghafte Absicherung, Verdrängung (Fb.S;R.S.), Verneinung und vor allem die allgemeine Ich-Einschränkung (E.T. koartiert, B.Verd.) die stärksten sind, die ihm eine ihm adäquate, expansive Lebensbewältigung unmöglich machen.

Rorschach-Verrechnung

A.Z.=26 Zeit = 32'

G: 11(5-)	B: O-Unterdr.	M: 1	V: 4
D: 14	F+: 16	Md: 2	Or.: ± 1
Dzw: 1	F±: 1	T: 16	
	F-: 3	Td: 1	F+%: 84
	FFb: 1	Pfl.:2	T%: 65
	FbF: 1	Röntg.: 3	V%: 15
	FHd: 2(1-)	Anat.: 2	F%: 76
	HdF: 2	Geogr.: 1	Anat.:%=8

Erf.Typ: G-D-Dzw Erl.Typ: O : 1,5

Sukz.: geordnet-umgekehrt

Besondere Phänomene: R.S. (II.Zeit); Sex.St.R.St. (III)
Verneinung: 2 (I)
W.S. (?) (Hd)
Fb.S. (IX,X, versp.) Dzw. 1
Obj.Kritik
B.Unterd. (III)
Symmetr.Kr.

Interpretation:

Der Zusammenhang der Abläufe mit der diabetischen Stoffwechselstörung ist auch in diesem Falle mit der obengenannten Hypothese c)[1] erklärbar. Die gehemmten aggressiven

---

1) siehe oben S. 32

Durchsetzungsimpulse Autoritäten gegenüber halten ständig die sympatikotonen Ängste (HVL) in Bereitschaft. Sie kamen demnach in Form des zentralen Regulationsdiabetes zum Ausdruck gerade, als er, allem Anschein nach seinem Vater zum Trotz, in diese Ehe einging.
Es könnte ferner noch die Möglichkeit der erblichen M i t bedingtheit seiner Depression (siehe Aszendenz) in Erwägung gezogen werden.

Patient IV: 37 Jahre, Hausfrau, Diabetesmanif. 29 J.

Aus der E x p l o r a t i o n : Sie leidet seit ihrer Kindheit an B l ä h u n g e n und V e r s t o p f u n g . Sie hat regelmäßig sehr schmerzhafte Mensis und leidet an Pruritus an den Genitalien und spastischen Beschwerden im Abdomenbereich schon seit vor der Manifestation des Diabetes. Sie können nach dem gynäkologischen Gutachten nicht durch pathologische Organveränderungen bedingt sein, sie sind/also rein funktionell.

Im R o r s c h a c h trat die außergewöhnlich s t a r k e " L i b i d o b e s e t z u n g " des K ö r p e r s (Anat.% 70), insbesondere der weiblichen Genitalorgane (Sex. 3) und der analen Partie, wo die Beziehung gleichzeitig zu diesen Funktionen angstbesetzt ist (Sex. St.: II, VII), zum Vorschein.

Die A f f e k t i v i t ä t ist, wahrscheinlich infolge der starken Abwehr, völlig eingeengt (E.T. koartiert). Es kommt eine d e p r e s s i v e und ängstliche Stimmung (Hd, HdF; verlangsamte R.Zt.) zum Ausdruck. Die Aggressionsimpulse können anscheinend nur in Form von Nörgelei gelebt werden (Erf.Typ.).

Z u s a m m e n f a s s e n d : Mischneurose-Zwangs-Hysterie (Erf.T. Dd), bei der im Vordergrund die zwanghafte starke Libidobesetzung der analen Körperteile und Funktionen steht. Die in der Exploration angegebenen Symptome sind die diesen entsprechenden Somatisierungen. Die funktionellen gynäkologischen Beschwerden scheinen konversionsartige Begleiterscheinungen der gestörten S e x u a l i t ä t zu sein. (Schmerzen beim Verkehr.)

Rorschach-Verrechnung: AZ: 31 (14/16); Zeit: 35 (10/25)

G: 4(-)	F+: 1	Md: 3	0+:1
D: 14	F-: 18	Anat. 22	F%: 6
	FbF: 1 (Tend.zu mehr)	Sex: 2 (+1 Gebärmutt.)	
Dd: 7	F(Fb): 3(-)	Anal: 1 (+ Anat.anal)	
Dzw:4	FHd: 1	Nat: 1 Muschel	Anat%:
	HdF: 1	Schatt: 1	71!
	Hd: 1		

Besondere Phänomene:

W.Sch.(II) + FbS. ?
Sex. Stu.: (VII)
Sex.: 3
Anal.: 2
Fb.S.: VIII. RZt; F(Fb):3

Erf.T.: G- -D-Dd-Dzw
E.T.: 0 : 1

(Der T.A.T. konnte hier nicht durchgeführt werden.)

Bei dieser Kranken müssen wir angesichts der sonstigen verschiedenen psychosomatischen Symptome wie auch des niedrigen Persönlichkeitsniveaus an die Hypothese von R u e s c h und S c h o r[1] denken, wonach wir in diesem Falle zunächst mit einer allgemeinen Tendenz zu Somatisierungen infolge des unterentwickelten Ichs rechnen müssen.
Für die Psychodynamik, die mit der diabetischen Stoffwechselstörung in Zusammenhang gebracht werden könnte, käme auch hier die Modellvorstellung c) in Frage. In diesem Falle wäre die ständige Angstbereitschaft durch die Verdrängung der Sexualität bedingt. Diese Angst kann aber ebenfalls auf sympatikotonem Wege, wie ja HVL,die zentrale Regulationsdiabetes mitverursacht haben.

Patient V: männlich, 39 Jahre, Diabetesmanifest. 33 J.
Erlernter Beruf: Friseur, gegenwärtig: unbestimmt

Aus der E x p l o r a t i o n : Herr U. ist ein kleiner schmächtiger Mann, der außer an Diabetes auch an Tbc leidet.

---

1) siehe oben S. 14

Beide Krankheiten sind während seiner vierjährigen Haft, die er wegen versuchten Totschlags abbüßte, zum A u s - b r u c h gekommen. Die Tatsache, daß während seiner Haft noch seine Frau sich von ihm scheiden ließ, beleuchtet auch zusätzlich seine seelische Seituation vór der M a n i _ f e s t a t i o n seines Diabetes. Die Straftat beging er, als ein anderer ihm irgendeine Forderung verweigerte. Er pflegte auch bei Wohlfahrtsstellen zu randallieren, wenn ihm seine Forderungen nicht gewährt wurden. Bei einer solchen Gelegenheit versuchte er der Polizei durch einen S e l b s t - m o r d v e r s u c h zu entkommen. Er stammt aus Polen. Seinen Vater schildert er als großzügig, "allzu großzügig", einen richtigen Vater, der seine Kinder immer verteidigt habe. Die Mutter wird als ein bißchen strenger geschildert. Zwischen seinem 22. und 24. Lebensjahr war er als Verfolgter im Kz-Lager.
Unter seinen gegenwärtigen s o m a t i s c h e n Symptomen fällt noch sein häufiges E r b r e c h e n auf.
In seinen T.A.T.-Geschichten kommen außer einer ausgeprägten Tendenz des Sich-nicht-festlegen-wollens, was allem Anschein nach auch seine eigene I d e n t i t ä t betrifft, eine b e d r ü c k t - d e p r e s s i v e Stimmung, Schuldgefühle und eine p a s s i v - r e z e p t i v e Erwartungshaltung zum Vorschein.

6 BM "... er hat was B ö s e s getan und kommt zur Mutter um V e r z e i h u n g . ... Er ist b e d r ü c k t und die Frau hat einen Schrecken in den Augen. Das ganze ist ein L e i d e n , ein Schmerz. (-?)- ... Als junger Bengel ist er ausgerissen von zuhause, eine halbe Welt hat er kennengelernt und durch dünn und dick hat er herumgekämpft in seinem Leben. Nach Jahren kehrt er zurück nach Hause ... Der V a t e r lebt schon nicht, die Mutter ist grau und alt und (er) kommt akkurat herein, wenn die Verfolgung der Juden hat angefangen. Sie hat Angst, ihn noch einmal zu verlieren und auch Angst davor, wenn er hier bleibt. Und sie wird bestimmt alles tun, um den Sohn zu retten. (?)- ... Was sie e r s p a r t hat, wird sie ihm g e b e n und er wird fliehen."

In einer höheren Schicht tritt dem Anschein nach kompensatorisch zur tieferliegenden Passivität ein bis zur Gewalttätigkeit gehende , rücksichtslose Aggression zum Vorschein,

der aber offenbar nur auf assozialen Wegen, explosiv zur Geltung kommen kann. Die tief zugrunde liegende Passivität, die nicht überwunden werden kann, wird auch als Schwäche und Ohnmacht erlebt.

18 BM (Zuckung am Gesicht) "Einer, der spät bei Nacht besoffen geht. Wird überfallen und bestimmt beraubt. (-Sein Charakter und Gefühle?-) - Ein gutmütiger S c h w ä c h l i n g ... Hat gern g u t zu l e b e n und nicht viel zu arbeiten ... Oder ein S c h a u s p i e l e r , der sehr gut seine Rolle spielt und auch verschiedene Menschen aus seinem Gesicht machen kann."

Im R o r s c h a c h kommt die Unzuverlässigkeit und Verschrobenheit des Denkens (Erf.T.: G-D-Dd)wie auch ein u n z u r e i c h e n d e s Stabilisierungs- und Steuerungsvermögen (B:0; F+%) gegenüber einer l a b i l e n Affektivität (FbF:3) zum Vorschein. Die Zensur der Ich-Kräfte hält nicht stand und die Verdrängungen werden von den Triebkräften leicht durchbrochen (Sex nach Init.Zensur).

Die vorherrschenden Ängste sind möglicherweise durch die latenten Aggressionen mitbedingt. Bei vorhandenem Kontaktbedürfnis (M+Md) und einer gewissen Kontaktfähigkeit auf der konventionellen Ebene (V%) wird der echte Kontakt durch die sehr labilen Affektivität und seine Ängste verhindert. (Md> M).

Diagnostisch wären in erster Linie die Schwäche des Ichs, wie auch das P s y c h a s t h e n i e - S y n d r o m, gewisse hysterische Züge und die starke "narzißtische" Besetzung des Körperschemas hervorzuheben (Anatomie-%).

Rorschach-Verrechnung: AZ: 18 (9/9); Zeit: 21' (11/10)

G: 6 (3-)	F+: 10	M: 1	V: 5; V%: 28
D: 9	F-: 4	Md:4	F+%: 60
Dd:3	FbF+ 3	T: 5	T%: 33
Do:1	F± = 2	Td:1	Anat%: 38
		Anat:7	F%: 83
		Pfl: 1	Real.Ind.: 2
		Sex: 1	

Besondere Phänomene:

R.S. (II Mimik.Bemerk.)
D.Sch.?
Fb.Sch.(IX versp.? Mimik)
Herabgesetztes Deutungsbew.
Brechungsphän. VIII

Erf.Typ: G±D-Dd
Erf.Typ.: 0 : 3
Sukz.: geordnet

I n t e r p r e t a t i o n :

Das psychodynamische "Korrelat" sowohl der diabetischen Stoffwechselstörung wie auch des Erbrechens scheint in diesem Falle den Befunden F. A l e x a n d e r s zu entsprechen, indem hier auf die Versagung der o r a l - r e z e p t i v e n Wünsche - des Versorgtwerdens, - der oral-aggresive Impuls als Reaktion folgt, wobei im Vordergrund die übersteigerten oral-aggressiven Impulse stehen. (Randalieren bei Wohlfahrtsstellen bei Verweigerung der Unterstützung.) Dieser psychodynamische Ablauf drückt sich offenbar auch in seinem Erbrechen aus.
Daß auf die Liebesversagung - in diesem Falle die Untreue der Ehefrau - der Diabetes mellitus auftritt, kann durch den gelebten physiologischen Hungerzustand, der zur Mobilisierung der eigenen Blutzuckerreserven führte,[1] verstanden werden.

---

1) siehe oben S. 31
(Hypothese b))

Patient VI: männlich, 50 J. alt, Rechtsvertreter,
Diabetesmanifest. 30 J.

Der Vater war Mechaniker. Er hat lebenslang auf Patente gearbeitet, aber daraus nie profitiert. Er war S o n d e r l i n g und E i n z e l g ä n g e r .
Der Pat. stammt aus kinderreicher Familie, schildert die Kindheit zuerst als befriedigend. Er w i r f t aber seinem V a t e r v o r , daß er seine Talente nicht gefördert, ihn "in seinen Spuren" gehen lassen wollte. Kaufmännische Berufe hat der Vater als "kapitalistisch" abgelehnt.
Aus einer Episode seiner Kindheit geht hervor, daß der Vater ihn nach Prinzipien und mit wenig Verständnis und Güte behandelte. Bei einer Firma, wo er in kaufmännischer Lehre war, wurde Geld gestohlen. Als er verdächtigt worden war, hat der Vater ihn gar nicht verteidigt, sondern sagte: "Mag sein (daß es stimmt), so wirft ihn doch hinaus." Seine Mutter dagegen ergriff energisch Partei für ihn.

Er empfindet es noch heute so, daß er durch diese Erziehung zu kurz gekommen ist. R. schildert sich als sehr s e n s i b e l und i n t u i t i v veranlagt, lebt ein intensives G e f ü h l s l e b e n (Musikliebhaber). Als Autodidakt hat er sich die juristischen Kenntnisse angeeignet wie auch das Musizieren an zwei Instrumenten.

Der Diabetes wurde entdeckt bei der Musterung, als er 30 Jahre alt war. Er hat erst mit 45 J a h r e n geheiratet, hat einen Sohn, dem er alles gewähren will, was ihm versagt worden ist.

"A u s g e l a s s e n h e i t" im Vergnügen l i e g t ihm n i c h t .
R. r e g t s i c h besonders bei Anlässen auf, wo er sich an s e i n e r E h r e angegriffen fühlt, er muß auch über die Beleidigung lange nachgrübeln.

Aus seiner Lebensgeschichte fielen auf: Die sehr problematische Beziehung zum Vater.
Im T.A.T. kommt auch ein starkes Kontakt- und Anerkennungsbedürfnis, Vaterfiguren (Autoritäten?) gegenüber, wie auch das

Gefühl der F r u s t r i e r u n g dieses Bedürfnisses zum Ausdruck.

7 BM: "Junger Mann von gutem Hause ist auf Abwege gekommen. Es ist nicht aus niederen Instinkten begangen worden, sondern im A f f e k t . Man sieht, daß es ihm weh tat. Die K o p f b i l d u n g läßt darauf schließen, daß er intelligent ist. Mundstellung innerer Verbitterung ... seelischer Kämpfe. Es ist ihm selbst nicht klar, wie er dazu gekommen ist ... ein Unrecht zu begehen. Vielleicht hat er aus Eifersucht gehandelt.
Der Jugendliche hält da Zwiesprache mit seinem Rechtsanwalt, Verteidiger ...
Nach seiner Meinung ist der Verteidiger ein z u s t r e n g e r J u r i s t . Ihm fehlt das G ü t i g e , die m e n s c h l i c h e Wärme, um mit seinem Klienten den Kontakt zu finden.
... Der ... Jugendliche ... sucht einen Ausweg in der Ferne und nicht bei seinem Verteidiger.
(Wer ist sympathischer?) - Der Jugendliche ... Das Schmerzende in der Mundpartie, die ist weder zynisch noch kalt und berechnend.
(Der Ältere?) - Der ist z u k ü h l , die kommen n i c h t in m e n s c h l i c h e n Kontakt. Der hat nichts Böses. Möchte nur den Menschen, der den Kontakt findet - Seelsorger."

Der Beruf - Rechtsbeistand - wird wohl nicht zuletzt auch mit dem Gefühl der (von Vater-Autorität) eigenen ungerechten Behandlung motiviert. Dies wurde aber, wahrscheinlich wegen der starken affektiven Beteiligung und Identifikation, eine andauernde Quelle von schließlich unerträglicher seelischer Belastung. Aus diesem Grunde wollte er auch später - nach der Untersuchung - diesen Beruf aufgeben.
Diese schwierige Beziehung zum Vater hatte offenbar bei ihm die starke Bindung, wenn nicht sogar I d e n t i f i k a t i o n mit der M u t t e r begünstigt.

6 BM: "Da kommt ein ... Mann zu einer älteren Frau und bringt ihr eine ... schreckliche Nachricht ... Offenbar meldet er, daß ihr E h e m a n n im Betrieb tödlich v e r u n g l ü c k t ist. Ich schließe auf einen Tod, weil die Frau völlig verlassen zum Fenster hinausschaut und weil der Mann ein völlig ernstes Gesicht macht. Wenn es eine Verletzung wäre, müßte man auf den beiden Gesichtern einen Hoffnungsschimmer erblicken können.
Aber die Frau ist sehr gefaßt. Eine durch das Leben sehr gefestigte Frau. Ich schließe daraus, daß sie trotz der Situation nicht zusammenbricht. Wenn sie das verdaut, wird das Leben weitergehen."

Schon aus der Art seiner Erzählung, aus seiner Diktion, indem er aus geringfügigen Einzelheiten zu weitgehende Schlüsse zieht, läßt sich auf seine Tendenz zur Produktion von Beziehungs- und Bedeutungsideen schließen.

Die hier zutage tretende Mutteridentifikation kann eine der Wurzeln der später zu berichtenden Schwierigkeiten mit seiner Ehefrau sein.

Im Rorschach sind Anzeichen einer labilen, latent sehr explosiven Affektivität vorhanden. (Fb:2; "feuerspeiender Berg"). Die ichhaften Steuerungskräfte scheinen nicht ganz auszureichen (F+%:53; B:2), die Ausbrüche werden anscheinend vorwiegend durch die Ängste gehemmt (Fb-, Dunkel-, Weiß- und Farbschock).
Die Ängste und dysphorischen Stimmungen verraten ein wahrscheinlich früh frustriertes Zärtlichkeitsbedürfnis (taktile Impressionen:2) und Sensibilität. Die Abwehr erfolgt durch das Sich-Distanzieren (sophropsychische Hemmung, Distanzierungstendenz). Es sind Anzeichen auch einer Störung der Sexualität (W.Sch.; VII - "zusammengewachsenes Päärchen"), wie auch des freien Auslebens seiner Aggressionen vorhanden. ("Parodie eines Boxkampfes").
Symptome von Projektionstendenzen sind noch festzustellen (Ähnlichkeitsill.; "sich beschnüffelnde Elefanten"; Konfab.).

Rorschach-Verrechnung: A.Z.: 29 Zeit ca. 20'

G: 16 (6-)	B: 2; BT: 1	M: 3	V: 6
D: 12 (DdD)	F+: 12	verk.Sex.:1	V%: 16
Do: 1	F-: 8	T: 10	F+%:53
	F±: 2	Td: 1	T%: 38
Erf.Typ: G-D	FFb: 1 (±)	Anat.: 8	F%: 70
Erl.Typ: 2 : 7,5	FbF: 4 (3+)	Obj.: 8	Anat%: 28
	Fb: 2	Pfl.: 2	
	FHd: 2; - Hd	Anat.: 2	
		Wasser:1	

Besondere Phänomene:	Schocks: VI, VII, VIII, IX
Komplexantworten: "Parodie vom Boxkampf" "Zusammengewachsenes Pärchen"; "Feuerspeiender Berg"	Ähnlichkeitsill.: 2; Taktile Impress.:2 Persever.: 7 Konfab. ; Hd auf Fb-Tafel (VIII)

K a t a m n e s e : R. war der einzige der Pb., der kurze Zeit nach der Untersuchung mit der Forderung erschien, seine Diagnose ausgehändigt zu bekommen, obwohl ihm nicht desgleichen versprochen wurde. Zunächst drohte er sogar mit Prozeß, falls diese seine Forderung nicht prompt erfüllt werde.
Wie es sich aber bei der persönlichen Aussprache herausstellte, war diese seine Forderung nicht nur durch sein sehr starkes Mißtrauen, sondern auch mit dem Anliegen bedingt, eine Hilfestellung zu bekommen, um mit seinen inzwischen aufgetauchten allein unlösbaren seelischen Problemen fertig zu werden. Nach entsprechender Aussprache wurde er gemäß seinem Wunsch zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen.
Seine Schwierigkeiten bestanden hauptsächlich in dem von ihm selbst zunächst als irrational empfundenen Haßgefühl seiner Frau gegenüber, wie auch in einer allgemeinen Unruhe und Getriebenheit, die sich auch in somatischen Symptomen äußerte.

Psychodiagnose: Seine starke Sensibilität, zu der noch die besondere Empfindlichkeit, was die eigene Ehre betrifft, hinzukommt, erhellt den Hintergrund der manifest zutage getretenen Neigung zu p a r a n o i d g e f ä r b t e n Beziehungsideen, die auch in seiner Denkweise (im T.A.T.) zum Ausdruck kommt. Ferner ist noch die durch die genannte Vaterproblematik bedingte Schwäche der sexuellen Identität festzustellen.
Zusammenfassend starke schizoide Züge mit Tendenz zu Projektionen und Beziehungsideen auf sensitiver Grundlage (Psychasthenie-Syndrom im Rorschach).

I n t e r p r e t a t i o n : Auch bei diesem Kranken würde der in Modellvorstellung c)[1] genannte psychodynamische Ablauf am nächsten liegen.
Die durch seinen Beruf verstärkte psychische Belastung einerseits, wie auch durch die Neigung zu paranoiden Beziehungs-

---

1) siehe oben S. 32

ideen andererseits hatte wahrscheinlich häufig und/oder chronisch Ä n g s t e hervorgerufen, die auf dem Wege der H.V.L. seinen Diabetes m i t ausgelöst haben konnten.
Die Situation bei der Entdeckung der Krankheit - die Musterung - könnte auch als Angst aktivierend und als Bestätigung dieser Hypothese verstanden werden.

Patient VII: 46 Jahre alt, Malermeister, Diabetesmanifest.:43 J.
Zunächst legt er bei der Exploration eine mürrische, mißtrauische Haltung an den Tag, während des Gesprächs lockert sich jedoch diese Haltung ein wenig.
V a t e r ist im 8. Lebensjahr des Pat. gestorben. "Seit meiner Kindheit ging es mir schlecht." Seine M u t t e r würde ihn n i e geliebt haben, dagegen der ältere B r u d e r hatte in allem Glück, was er begann.
Als seelische B e l a s t u n g s s i t u a t i o n gibt er (zur Zeit der Diabetesmanifest.) das Scheitern seiner Auswanderungsabsichten an, wie er meint, wegen seiner Alimentenpflichten seinem unehelichen Kind gegenüber. Sein schon früher nach Kanada ausgewanderter Bruder, an den er sich um Hilfe für seine Auswanderung wandte, machte ihm brieflich die ihn äußerst enttäuschende Mitteilung, daß er die ihm geliehenen Reisekosten später zurückzuzahlen hätte.
Sein gegenwärtig erlebtes Weltbild geht aus folgenden Äußerungen von ihm hervor: Die 'Menschen sind s c h l e c h t ', die Arbeiter in seinem Beruf sind alle f a u l und arbeiten verkehrt. Als ihm ein neuer Arbeiter vorgestellt wurde, schaue er nicht einmal hin, da er schon i m v o r a u s wisse, daß sie sowieso nichts taugen. Auf die Frage teilt er mit, daß er sein eigenes uneheliches K i n d , für dessen Unterhalt er aufkommen muß, n o c h n i e g e s e e h e n habe und ihn auch nicht zu sehen wünsche. Seine Meinung von F r a u e n : 'Zum Kotzen!'. 'Sie lügen, als sie den Mund aufmachen. Nur hintergehen!' Er lebt zwar im Moment mit einer Frau im Konkubinat, beteuert aber, daß er jahrelang ohne sie auskommen könnte. Er lebe mit ihr nur, weil er Diät halten muß und auf ihre Kochdienste aus diesem Grunde angewiesen sei.

Schon aus diesen Auskünften kommt ein schizoider Charakter wie auch sein p a r a n o i d - gefärbtes Weltbild zum Vorschein. Hervorzuheben ist noch der frühe Tod des Vaters und die wahrscheinlich damit zusammenhängenden Konflikte mit dem älteren Bruder (die in der übermäßig starken Enttäuschung von ihm zum Ausdruck kommen) wie auch das Gefühl des Zurückgesetztseins ihm gegenüber scheint sich auf sein ganzes Welterleben abgefärbt zu haben. Das Gefühl, von der Mutter nie geliebt worden zu sein, prägt offenbar auch seine gegenwärtige sehr a m b i v a l e n t e äußerst mißtrauische Einstellung Frauen gegenüber.

In den Komplexantworten des R o r s c h a c h s findet dieses Gefühl auch seinen Ausdruck (Taf.VII - wo die Einstellung der Weiblichkeit gegenüber häufig zutage tritt: "als ob es mit einem K a k t u s Ähnlichkeit hätte").
Im allgemeinen fällt noch im Rorschach die starke Absicherungstendenz (Zurückziehen der Antwort; Oder-Antworten usw.) die zur extremen Einengung (Erleb.Typ: 0:0) und sogar zu Versagern führt. Es gelingt aber sogar, dieser stark einengenden Abwehr nicht völlig die Ängste abzuwehren. Sie brechen trotzdem durch (Initialzensur nach anfänglichem Schock, Versager) wegen der Schwäche des Ichs, (F+%: 46 , Brechungsphänomen VIII - Psychasthenie-Syndrom). Es kommen noch im Rorschach durch seine neurotische Haltung bedingte Reibungen mit seiner Umwelt (ZwG); sein mangelnder Gefühlskontakt mit der menschlichen Umwelt (Fb:0, M:1) und seine schwache Realitätskontrolle zum Ausdruck. Diagnose: Schizoider Charakter mit paranoid-gefärbtem Weltbild wie auch paranoiden Tendenzen.
I n t e r p r e t a t i o n : Die Situation vor der Diabetesmanifestation, als ihm der ältere Bruder - in diesem Falle Vaterfigur - die gewünschten Reisespesen (vermeintlich) verwehrte, wird dies allem Anschein nach von ihm als Liebesversagung erlebt (wie dies durch die Stärke der Enttäuschung zu entnehmen ist).
Der Diabetes kann - gemäß Modellvorstellung a)[1] - als die l e i b l i c h e Reaktion auf diesen g e l e b t e n 'Hungerzustand' durch die Mobilisierung der Blutzuckerreserven angesehen werden. Sein paranoid gefärbtes Weltbild hält ihn

---

1) siehe oben S. 31

offensichtlich in einem chronischen Zustand der Liebesversagung in einer von ihm als feindselig und lieblos erlebten Welt. Dies kann wieder Ängste in Bereitschaft halten, die auch auf sympatikotonem Wege die Gegenregulation der Insulinerzeugung verstärken können.
Wir können aber in diesem Falle auch die Meng'sche Hypothese in Betracht ziehen, demnach die Manifestation des Diabetes nach der erlebten Krise anstatt dem möglichen a k u t e n paranoiden Zustand auftrat.
Die These A l e x a n d e r s findet in diesem Falle auch ihre Bestätigung, in dem es hier vor dem Diabetesausbruch auch um einen Konflikt zwischen dem Wunsch zu bekommen (Liebeszuwendung) und geben oder schenken müssen (Alimentenpflichten für das Kind?) gehen könnte.

3. Die A l t e r s d i a b e t i k e r (51 J.u.älter)

Bei unseren Altersdiabetikern überwogen auch die psychisch allgemein eingeengten Persönlichkeitsbilder (koartiert-koartativ: 55%). Das N i v e a u ist auch in den übrigen Symptomen meistens n i e d r i g , im allgemeinen konnte man auch bei diesen Kranken von einer ausgesprochenen Ich-S c h w ä c h e sprechen, die offenbar n i c h t n u r a l t e r s b e d i n g t anzusehen ist. Denn z.B. gerade bei einem der jüngsten Kranken dieser Gruppe (51 J.) zeigte sich der klarste Persönlichkeitsabbau. Auch in dieser Gruppe konnten wir im Rorschach häufig das Psychasthenie-Syndrom feststellen.

Am häufigsten traten p h o b i s c h e Ängste bzw. angstneurotische Zustandsbilder auf, bei denen in einigen Fällen die psychodynamische Genese aus verdrängter Aggression o r a l e r A r t nachgewiesen werden konnte, während die A b s i c h e r u n g bzw. Abwehr bei diesen Kranken meist durch Z w a n g s h a n d l u n g e n erfolgt.

Die A f f e k t i v i t ä t ist bei ihnen l a b i l , der gegenüber k e i n e ausreichenden I c h - K r ä f t e gegenüberstehen. Die Affekte werden hauptsächlich nur durch die Ängste gehemmt. Die Ängste phobischer Art treten bei Frauen vorwiegend mit h y s t e r o formen Zügen auf. Die Kontaktfähigkeit ist auch bei diesen Kranken meist vermindert. Bei einigen treten auch hier P r o j e k t i o n s - m e c h a n i s m e n als Abwehr auf, die in manchen Fällen paranoide Ausmaße annehmen.

Patient VIII: Herr S., 61 Jahre, Mechanikermeister, Diabetesmanifest.: 54 J.

S. schildert seine eigene gesellschaftliche Einstellung und Haltung, als jemand, der "nie aufgefallen ist und nie auffallen wollte und einer, der alles mitgemacht hat". Bis zu seinem 51. Lebensjahr habe er keine Frauenbeziehungen gehabt, bis zu der Zeit, als er seine jetzige Frau kennenlernte und heiratete. Sie ist etwas älter als er. Seine Ehe bezeichnet er als glücklich, jedoch errötet er schamhaft, als er das sagt. Wie aus dem Verhalten der Eheleute zu entnehmen war, (S. war stationär in der Klinik), schien das Verhältnis der Frau zu S. eher als ein bemutterndes zu sein.

Die starke Abhängigkeit von der Mutterfigur und eine "brave", aber auch de p r e s s i v - r e s i g n i e r t e Nachgiebigkeit der Mutter gegenüber kommt auch in seinem T.A.T. zum Ausdruck.

6 BM: "Die Mutter mit ihrem Sohn. Der Sohn will eine Auskunft.(-?-) Eine Entscheidung. Beide sind sich noch nicht einig, das sieht man von den verschiedenen Blickrichtungen ....
Ich denke, der junge Mann möchte irgendwohin gehen und fragt nach Meinung der Mutter. Nach Ausdruck der Mutter, sie ist nicht davon begeistert. (Zum Schluß?) - Wie es aussieht, geht er n i c h t . Er bleibt seiner Mutter z u l i e b e zu Hause...."

Als seelische Belastungssituation bei dem Ausbruch seines Diabetes weiß er nichts anzugeben, es fällt jedoch auf, daß die Mutter kurz zuvor gestorben ist. Ferner könnte noch von

Bedeutung sein, daß er sich in seinem Wesen von beiden Elternteilen der Mutter ähnlich fühlt. Dies kann auch als ein zusätzliches Anzeichen seiner überstarken Mutter b i n d u n g und Mutter i d e n t i f i k a t i o n angesehen werden.

Im R o r s c h a c h stehen im Vordergrund eine gewisse allgemeine seelische Einengung (Erl.Typ: koartativ) und eine etwas verminderte Realitätskontrolle (DG, konfab.). (Real.Ind.:3) Die Kontaktfähigkeit scheint beschränkt zu sein. Der Kontakt wird hauptsächlich auf konventionelle Ebene beschränkt. (V%:33 . Maske II: 1). Die Affektivität erscheint zwar nach außen stabilisiert, jedoch zum Teil unangepaßt, sowohl Aggression wie Sexualität sind offenbar unreif und angstbesetzt (Sex-St.).

Psychodiagnose: Im Vordergrund überstarke Mutterbindung und wahrscheinlich auch Mutteridentifikation, deren Folge eine Schwäche der sexuellen Identität ist. Im Hintergrund Anzeichen von d e p r e s s i v e r Antriebsstruktur mit einem gewissen sch i z o i d e n Einschlag (konfab., kontam., Maske II). Die Abwehrform ist offenbar die Ich-Einschränkung. (B-Verdr., Erl.Typ.)

Rorschach-Verrechnung: 15 (11/5)

G: 10 (4-)	B: 2	M: 3	V: 5
D: 4	F+: 8	T: 4	F+%:82
Dzw: 1	F-: 1	Pfl:2	F%: 73
Dd: 1	F±: 2	Obj:3	T%: 27
	FFb: 1 (-)	Anat:1	V%: 33
	FbF: 1 (-)	Maske II:1	R.Ind.:3
	Fb (Nennung)	Waffe: 1	

Erf.Typ: G-(D)-Dd-Dzw
Erl.Typ: 2 : 1,5

Besondere Phänomene:
Maske II:1
Sex St. (VI)
Aggr.Inhalt: Waffe (III)
Persev. Wiederkäuertyp
konfab., kontam.

I n t e r p r e t a t i o n : Wenn wir den Tod der Mutter als die seelische Belastung vor der Diabetes-Manifestation betrachten, so kann der Diabetes als Reaktion auf den erlebten seelischen "Hungerzustand" (gemäß Modellvorstellung a^1) angesehen werden.

Möglicherweise kommen noch auch hier die infolge der allgemeinen Aggressions- und Sexualverdrängung verursachten Ängste hinzu.

Patient IX: 51 Jahre, ehem. Hotelier, jetzt Rentner, Diabetesmanifestation 42 J.

C. sei in seiner Heimat in Böhmen gut situiert gewesen, habe sich jedoch als Flüchtling nach seiner Aussiedelung hier nicht mehr selbständig machen können. Er habe auch kurz nach seiner Ankunft einen "Nervenzusammenbruch" erlitten und kam infolgedessen in die Klinik. Zwei Kusinen in seiner Familie hatten Selbstmord begangen. C. selbst berichtet von einem e p i l e p s i e ä h n l i c h e n Anfall in seinem 20. Lj. Die Großmutter väterlicherseits war epileptisch.
Die Mutter ist in seinem 6. Lebensjahr gestorben und die Stiefmutter hatte wenig Zeit für die fünf Kinder, von denen C. der Erstgeborene war. Der Vater sei sehr s t r e n g gewesen. Pat. ist bis zum heutigen Tage sehr wohlbeleibt.
Als C. von seiner gegenwärtigen Lage spricht, verliert er die Beherrschung und bricht in ein S c h l u c h z e n aus. (Aus diesem Grunde mußten wir auch von der Durchführung des T.A.T. absehen.) Der Diabetes wurde manifest 1 Jahr nach der Aussiedelung.
Im R o r s c h a c h steht hier im Vordergrund die offenbar abbau- und möglicherweise auch depressionsbedingte psychische E i n e n g u n g , (Erl.Typ:0:0), und offensichtlich vermindertes Intelligenzniveau. Es tritt ferner - als Anzeichen der I c h - S c h w ä c h e - starke Unsicherheit hervor.

Rorschach-Verrechnung: AZ : 10 Zeit: 10'
Diabetesmanif.:

G: 6 (2-)	F+: 4	M: 1	V: 3	
D: 1	F-: 4	T: 6	F+%: 50	
Dzw: 1	F±: 1	Pfl: 1	T+%: 60	
		Obj: 1	G%: 60	
			R.Ind.: 2	

Erf.Typ: G-(D)-Dzw
Erl.Typ: 0 : 0

Besondere Phänomene: I.Sch. (Subj.Kritik, Reaktionszeit)
Fb.Sch. (II anged. Re.Zt., IX Versager)
Subj. Kritik, Bemerkungen

I n t e r p r e t a t i o n : Der Ausbruch des Diabetes kurz nach den aufgetretenen Schwierigkeiten infolge der Aussiedelung dürfen wir wohl insbesondere wegen des kurz darauf erfolgten Nervenzusammenbruches als mitbedingt durch diese Belastungssituation ansehen. Als psychodynamische Erklärung für die diabetische Stoffwechselstörung käme wohl hier die Modellvorstellung b^1 in Frage, demnach durch die frühkindlich-orale Störung bedingte Koppelung zwischen Nahrungsaufnahme und Liebe werden Konfliktsituationen und Bedürfnisse verschiedener Art durch "Eßsucht" zu bewältigen versucht, was durch die Überbeanspruchung des Inselapparates zum Diabetes geführt haben konnte.

Patient X: Fr. K., 58 J. Hausfrau, Diabetesmanifest. 50 J.

Frau K. war außereheliches Kind ihrer Mutter und wurde aus diesem Grund bis zu ihrem neunten Lebensjahr, bis zur späteren Ehe ihrer Mutter, bei Pflegeeltern erzogen. Sie behauptet, sich jedoch bei ihren Pflegeeltern besser gefühlt zu haben als später in ihrem Elternhaus, da ihre Mutter 'kühl' und 'nicht gut' gewesen sei. In dem T.A.T. kommt auch dieses Gefühl des Verstoßenseins wie auch eine allgemein depressive und pessimistische Lebenshaltung zum Ausdruck.

7 GF: "... Das Mädel ist sehr traurig darüber ... daß sie ein uneheliches Kind hat und der Vater hat sie stehen lassen. (- Wie ist die Mutter zur Tochter?-) Auch etwas a b w e i s e n d . Daß (das Mädchen) vielleicht v e r s t o ß e n wird vom Hause mit dem Kind."

6 BM: "... Die Mutter ist a b w e i s e n d zu ihm. Irgendeine Schande, hat vielleicht ein schlechtes Gewissen (der junge Mann). Und die Mutter will nichts mehr wissen von ihm."

Als Kind sei Frau K. sehr mager gewesen und mit den Entwicklungsjahren ist sie plötzlich d i c k geworden. (90 Kilo) Die Eltern hatten ein Feinkostgeschäft und anstatt der ersehnten Zuwendung ist sie meistens mit S ü ß i g k e i t e n 'abgespeist' worden.
Sie habe öfters unvermittelte H e i ß h u n g e r anfälle erlebt, wo sie darauf manchmal ein ganzes Brot allein verspeiste. Die bisher genannten Befunde wie auch ihre frühere Berufswahl - K ö c h i n - machen eine Störung in der frühkindlich-o r a l e n Phase wie auch eine damit zusammenhängende Fixierung an diesem oralen Antriebsbereich (Magerheit-Fettsucht) sehr wahrscheinlich.
Sie bezeichnet sich seit je als allgemein sehr 'erregbar'. Seit ihrem 28. Lebensjahr litt sie an c h r o n i s c h e r H e r z n e u r o s e, zu der später die verschiedenen Unterleibserkrankungen (Gebärmutter- und Blasenentzündung, Bauchhöhlenschwangerschaft) hinzukamen.

Diese schon vor der Diabetesmanifestation aufgetretenen Erkrankungen können einerseits als die somatische Seite der gestörten p s y c h o s e x u e l l e n Entwicklung, andererseits als ein Anzeichen der allgemeinen Tendenz zu 'S o m a t i s i e r u n g e n ' angesehen werden.

Ihre späte Ehe, erst mit 39 Jahren, dürfte wohl auch mit den obengenannten Störungen im Zusammenhang stehen. Es tritt noch in der Exploration ihre Tendenz zur paranoid-gefärbten B e z i e h u n g s i d e e n an den Tag (sie geht zur Polizei, um sich vor vermeintlichen Anklagen der Brandstiftung (!) zu rechtfertigen; die Nachbarn würden ihre Katzen vergiften).

Im R o r s c h a c h tritt außer der depressiv-ängstlichen Verlangsamung des Assoziationsablaufes (Ant.Zt.) auch eine k o n f a b u l a t o r i s c h e Tendenz zum Vorschein (DG-). Die verschiedenen Anzeichen der allgemeinen U n s i c h e r h e i t (Obj.-u.Subj.Krit.usw.) ergänzen noch das Bild der allgemeinen Unzulänglichkeit und I n f a n t i l i t ä t des Ichs (F+%: 66) gegenüber der unangepaßten, labilen Affektivität. Es tritt auch hier die gestörte Beziehung zur Mutter und zur eigenen Weiblichkeit- und Geschlechtsrolle in Erscheinung. (W.Sch. abl.Bemerk.)
Die Kontaktfähigkeit erscheint sowohl wegen der unangepaßten Affektivität wie auch infolge der allgemeinen Infantilität als gering.

Z u s a m m e n f a s s e n d : Wir konnten eine frühkindliche orale Störung und Fixierung und allgemeine Psychoinfantilität des Ichs wie auch die schon vor der Diabetesmanifestation. zutage getretene Tendenz zu Somatisierungen feststellen. Infolge der gestörten Mutterbeziehung tritt auch die gestörte Beziehung zur eigenen Geschlechtsrolle in den dementsprechenden psycho-somatischen Störungen in Erscheinung.
Die Krankheitsmanifestation (im 50. Lebensj.) könnte möglicherweise auch mit der Klimakteriumskrise in Zusammenhang gebracht werden. Dies insbesondere im Hinblick auf die gerade in der Pubertät aufgetretene Fettsucht.

I n t e r p r e t a t i o n : Außer der schon erwähnten allgemeinen Tendenz zu Somatisierungen, der Ich-Schwäche, kann hier der psychodynamische Ablauf der späteren diabetischen Stoffwechselstörungen sowohl nach Modellvorstellung a) wie auch nach b)[1] verstanden werden. Einerseits ist infolge der Störungen in der frühkindlichen-oralen Phase die Koppelung zwischen Nahrungs- und Liebesbedürfnis wahrscheinlich, andererseits ist die Fett- oder Freßsucht in Krisissituationen klar zutage getreten, die eine Überbelastung des Inselapparates zur Folge haben konnte.

---

1) siehe oben S. 31

D. Seelisches Krankheitsbild des Diabetikers im Lichte der psycho-analytischen Behandlung als Längsschnitts-Beobachtung

I. Auszüge aus den Behandlungsberichten von zwei psychoanalytisch behandelten Diabeteskranken

An Hand dieser Falle , von denen uns bei dem ersten außer den Ergebnissen unserer psychodiagnostischen Untersuchungen auch glücklicherweise Material der psychotherapeutischen Behandlung zur Verfügung steht (Testaufnahme 2 Jahre nach Abschluß der Behandlung), sind wir nun in der Lage, nicht nur die Ergebnisse unserer Untersuchungen mit Hilfe dieser intensiven Beobachtung während 178 Behandlungsstunden zu verifizieren, sondern die vergleichende Betrachtung der Methoden nun auch auf dieser Stufe fortzusetzen. Es soll hier gezeigt werden, wie die intensive und differenzierte Längsschnittbeobachtung, die uns die längere psychotherapeutische Behandlung erlaubt, die Zusammenhänge der erlebten psychischen Seite des somatischen Vorgangs verständlich machen kann.

Auszug aus dem Behandlungsbericht[1] von Patient I

Frau K. kam 1953 in ihrem 35. Lebensjahr durch die psychosomatische Klinik in Behandlung. Es war kein Diabetes in der Familie bekannt. Für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung sprach, daß sie außer dem Diabetes auch über Schwerlebigkeit und Depressionen klagte, die ihr Leben seit je noch mehr als die Diabeteskrankheit beeinträchtigten.

Die in der ersten Anamnese behauptete intakte Sexualität, deren Intaktheit schon damals angezweifelt werden mußte (unregelmäßige Periode ohne gynäkologischen Befund, Juckreiz in Genitalien trotz Insulin) stellte sich im weiteren Verlauf der Behandlung als gestört heraus und es trat eine

1) Aus einem noch unveröffentlichten Behandlungsbericht von Dr. M. Helmrich (freundlicherweise zur Verfügung gestellt).

F r i g i d i t ä t im sexuellen Erleben zum Vorschein. Die glatte Darstellung in der ersten Anamnese wurde offenbar auch nur aus Angst versucht.

Die K i n d h e i t s e n t w i c k l u n g , wie sie sich im Laufe der Behandlung ergab:

Der Vater wird als gutmütig und weich im familiären Umgang und beruflich sehr ehrgeizig geschildert. Die Mutter schildert sie als wechselhaft und kühl, oft taktlos und 'hysterisch'. Zärtlichkeiten zu der Patientin konnte sie kaum, eher mal zum 4 Jahre jüngeren Bruder äußern. Es ergab sich noch, daß die Ehe der Eltern schlecht war und die Freundin des Vaters freien Eingang in das Haus hatte und beinahe zur Familie zählte. Patientin wurde von der Mutter zur Spionage gegen den Vater ausgenützt, die sie aber nicht oder nur sehr ambivalent erfüllte, denn im Grunde vergötterte sie ihren Vater. Die Zuwendung des Vaters wollte sie durch männliche Leistung erreichen, was aber von seiten des Vaters kaum Widerhall in Bestätigung fand. Sie war ihr durch diese beiden Frauen, die Mutter und die Freundin, unerreichbar.

Mit vier Jahren wird sie von dem älteren Bruder zu sexuellen Spielen verführt, zu dem sie trotz heftiger Schuldgefühle bis zur Behandlung im 35. Lebensjahr in ihrer Gefühlsbindung in Ambivalenz fixiert bleibt. Bei Schmerzen pflegte sie sich selbst in den Arm zu beißen, um den Schmerz mit einem noch stärkeren in dieser masochistischen Weise zu übertönen.

Ihre Schulbildung wurde in der Oberschule trotz guter Leistungen durch einen nicht ganz geklärten Krach mit dem geliebten Lehrer unterbrochen. Sie ist jedoch intelligent, lebhaft und in ihren Interessen vielseitig und belesen. Ihr Hobby ist Schreiben von Kurzgeschichten. Nachdem sie ihren ersten Mann, einen Berufsoffizier, im Krieg verloren hat, heiratet sie einen Mann, der bildungsmäßig und sozial ihr unterlegen ist.

Schon früh war ihre Reaktion auf Enttäuschung von Wünschen und Liebesverlust das Verlangen nach Süßigkeiten. Diese Koppelung des Wunsches nach Liebeszuwendung mit dem Essen,

dem Oralen, tritt in entsprechenden Traumbildern während der Behandlung gehäuft zum Vorschein.
Traum: "Auf einer Hochzeit, ich gehe weg. Dann schlafe ich mit meinem Mann, es kommt ein großer Maikäfer geflogen. Flügel so dick wie ein Ofenrohr. Ich erschrecke und mein Mann sagt: schau, das habe ich Dir geschenkt. Ich untersuche den Maikäfer und es kommen lauter indische Isis und Osiris-Figuren aus seinem Bauch, die P r a l i n e n waren (aber keine phallischen Figuren)." Dann ist meine Mutter und eine fremde Frau in einem Zimmer, sie teilen Süßigkeiten. Ich nehme mir am meisten. Die Mutter scheidet plötzlich aus, dann sehe ich nur noch die zum Skelett abgemagerte Frau, die vor einem Berg von Süßigkeiten sitzt, aber diese nicht essen will, weil sie alles aufhebt. Die Frau sieht aus wie im (diabetischen) Koma."

Die Einfälle zur Hochzeit, - die kurz bevorstehende Hochzeit des geliebten Bruders zeigen die V e r s a g u n g s s i t u a t i o n , die zusammen mit den versagten Zärtlichkeitsbedürfnissen in ihrer Ehe zu der Regression in diese orale Befriedigung durch die Süßigkeiten führen. Der letzte Traumteil scheint auch sehr plastisch zu zeigen, wie die Patientin ihre Konfliktsituation im Körperlichen bewältigt. Sie nimmt sich endlich - als Liebesersatz - soviel Süßigkeiten wie sie will, kann aber diese nicht in sich speichern, sich nicht daran sättigen, weil sie sich das im Innersten immer versagen muß (die im Koma zum Skelett abgemagerte Frau). Dies ist im Leiblichen im dauernden Mobilmachen und Haben-Wollen von Zucker, dann aber immer wieder zuviel Ausscheiden-Müssen, um wieder in Not zu geraten, gewährleistet.

Der I n i t i a l t r a u m zeigt z.B. eine Situation, in der sie beim Schachspiel mit einem Mann durch Störungen von seiten der Mutter und für Nicht-für-voll-genommen-werden so in Wut gerät, daß sie die Schachfiguren, die sich inzwischen in Pralinen verwandelt hatten, aufißt. Sie transponiert so in den Bereich des Oralen, nicht nur die Ersatzbefriedigung, sondern auch d i e A r t i h r e r A g g r e s s i o n .

Der Konflikt zwischen ihren weiblichen und männlichen Tendenzen erfährt während der Behandlung noch folgende Erhellung. Sie bringt dieses Problem gleich zu Behandlungsbeginn, daß sie viel lieber ein Junge gewesen wäre. Die kalte ablehnende Mutter, die auch in ihrer weiblichen Rolle von ihr abgelehnt wurde, wird durch introjektive (orale) Identifikation ein Teil von ihr, das sie in sich aber immer ablehnen muß. Dies kommt in vielen Träumen zum Ausdruck. Dies ist eine der Ursachen für die Ablehnung der weiblichen Rolle.

Die Versuche, sich mit den Idealen des Vaters zu identifizieren und durch geistige Leistung zu imponieren, stoßen immer wieder auf Versagen von seiten des Vaters. Daraufhin erfolgt eine Resignation hinsichtlich ihrer geistigen Möglichkeiten und schließlich eine affektvolle Übersteigerung und Forcierung aktiver, sich bemächtigender, agierender Tendenzen.

Wie sie sich oft zu Hause in stündlichem Wechsel von Vater auf Mutter umstellen mußte, so pendelt sie auch später in ihrem Erleben zwischen den beiden Rollen. Sowohl Mann wie auch Frau zu sein waren für sie überfordernde Aufgaben, denen sie sich nicht gewachsen fühlte.

So erfuhr auch ihre Konfliktsituation während der Manifestation ihrer Diabetes eine zusätzliche Beleuchtung in der Behandlung. Während ihr Mann arbeitslos war, mußte sie wieder in die Märtyrerrolle; sie mußte allein für die Familie sorgen. Dann, wie sie berichtet, hätte sie auf einmal das Gefühl gehabt: "Jetzt will ich mich nicht mehr zusammennehmen, sondern weinen, schimpfen oder schreien, wann ich will." Denn bis dahin hatte sie sich niemals nach außen abreagieren können und hatte bis zum Masochismus versucht, alles auf sich zu nehmen.

Diagnose des Arztes: An Hand der 178 Stunden der Behandlung wurde die Patientin als eine vorwiegend depressive Antriebsstruktur mit ausgeprägten kompensatorisch, aktiv-aggressiven wie auch masochistischen Zügen bezeichnet.

Für die depressiven S t r u k t u r a n t e i l e sprachen u.a.: die Rolle der Mutter als der entscheidende versagende Faktor; das Vorherrschen der oralen Thematik in den Träumen.

Im Gegensatz aber zu manchen anderen Depressionsformen wurde wurde in den Träumen dieser Patientin durchaus gesehen was man wünschte, ohne aber die Erreichung und Durchführung des Zieles realisieren zu können (Tantalussituation). Die vorhandenen h y s t e r i s c h e n Z ü g e wurden als eher vordergründig und durch gewisse Identifikation mit der Mutter entstanden betrachtet.

Im Laufe der Behandlung verlor sie ihre Frigidität, sie fand innerlich zu ihrem Mann und ihrer weiblichen Rolle eine positivere Einstellung.

Ihre früher gefährlich hohen und labilen Blutzuckerwerte stabilisierten sich auf einem viel niedrigeren Niveau.

K a t a m n e s e an Hand der Befunde unserer eigenen psychodiagnostischen Untersuchung (2 Jahre nach Abschluß ihrer Behandlung).

Patient XI:
Fr. K., 42 Jahre, Beruf: Hausfrau und Sekretärin, verh., Diabetesmanifest. im 34. Lebensjahr.

Befunde unserer E x p l o r a t i o n : Da sie für den Familienunterhalt mitarbeiten muß, arbeitet sie als Sekretärin.

V e r h a l t e n s b e o b a c h t u n g e n :
Sehr lebhaft, temperamentvoll, relativ zum Alter gut aussehend. Ihre Lebhaftigkeit hat aber einen gewissen überspannten Zug. Sie trägt bei der Aufnahme ein farbiges Kleid; wie sie mitteilt, könne sie sich solche farbigen Kleider erst seit der psychoanalytischen Behandlung erlauben. Früher habe sie nur dunkle Kleidung getragen.

K i n d h e i t :
Mit der Mutter habe sie sich immer s c h l e c h t v e r s t a n d e n ; diese sei hysterisch gewesen; sie habe sie

zugunsten des jüngeren Bruders zu r ü c k g e s e t z t ; sie wollte nie wie die Mutter werden.
Sie erzählt folgenden Traum, den sie in ihrem 12. Lebensjahr gehabt habe: "Sie sei in einen dunklen Wald gegangen und zu einer Lichtung gekommen, wo ein Kreuz war; auf dem Kreuz war die Mutter und in einem Sack unten waren die jüngeren Brüder zerstückelt."
Mit 8 Jahren habe sie Selbstmordgedanken gehegt.

In dem T. A. T. kommt das Zärtlichkeitsbedürfnis und die rezeptive Hilfeerwartung und Abhängigkeit und die Versagung dieser Bedürfnisse in der Kindheit zum Ausdruck. Ihre Reaktion auf diese Versagung ist ein Zurückziehen in sich selbst, die Introversion. Dieser Konflikt und seine Lösung scheint eine der Grundsituationen in ihrem Lebenslauf darzustellen (siehe auch Exploration).

Bild 7 GF: "So dramatisch kommt mir das gar nicht vor ... Ist das eine Puppe? - (Es) gibt mir keine Hilfestellung!
Ein Kind hält man nicht so! Dann ist es mir lieber eine Puppe. Ich konnte ja auch nicht früher Puppen halten. Habe auch als Kind nicht mit Puppen gespielt. Das Mädchen möchte, daß die Mutter mitspielt. D i e M u t t e r hat k e i n e Z e i t , weil sie in ein Buch versunken ist. Das K i n d wendet sich e n t t ä u s c h t ab und läßt die Puppe fast aus den Armen gleiten. Zukunft: Das Kind wird vermutlich gelernt haben, die Mutter nicht zu belästigen, sich i n s i c h s e l b s t zu v e r s c h l i e ß e n . (Vergangenheit?) - Das Kind wollte, daß die Mutter mit ihm spielt."

Die Tatsache, daß sie die Aggression der Mutter und den Abhängigkeitskonflikt mit der Mutter (die objektiv im Bild zu sehen ist) wahrnimmt, weist darauf hin, daß sie diesen Konflikt schon auf bewußter Ebene erleben und möglicherweise schon verarbeiten konnte (vielleicht Folge der Analyse). Eine gewisse Schwäche im Erleben der weiblichen Identität kann auch mit der nicht ganz gelösten Mutterproblematik zusammenhängen (Zweifel am Geschlecht der Figuren und Fehlgeburten).

Bild 18 GF: "Ich kann mich nicht entscheiden, ob das ein Mann ist oder eine Frau. Sie hat Busen, aber der Kopf ist männlich. Es müßte Mutter und

Tochter ... Es ist schwer, was zu sagen. Nehmen wir es so! Die Mutter hat auf die Tochter gewartet, (Vergangenheit) die anscheinend sehr spät nach Hause kommt. Die Tochter erklärt und verteidigt sich. Die Mutter packt sie am Kopf, schüttelt sie anscheinend, um sie zur Vernunft zu bringen. Die Krallen scheinen nicht sehr freundlich zu sein. (lacht) Die Tochter läßt sich fallen, wird aber von der Mutter vom Sturz abgehalten. Im Gesicht der Mutter drückt sich Kummer und Zorn aus. Sie versucht sie zu halten, wenn auch nicht mit zärtlichen Bewegungen. Zukunft: Die Mutter wird lernen müssen, der Tochter ihr eigenes Leben zu lassen. Die Tochter wird versuchen, der Tochter (der Mutter!- Fehlleistung!) weniger Kummer zu machen. Obwohl ich den Treppenflur nicht für den geeigneten Ort halte für derartige Auseinandersetzungen. Vielleicht haben sie ein eigenes Haus."

E h e : Ihr erster Mann war Berufsoffizier und ist im Krieg gefallen. Sie wollte immer gern selbst Kinder haben, hatte aber häufig Fehlgeburten. 1942 hatte sie einen S o h n , der aber 1 9 4 4 an D i a b e t e s g e s t o r b e n ist.
Jetzigen Mann 1947 geheiratet. Er war früher technischer Kaufmann bei BMW, jetzt sozial deklassiert. Beklagt sich, daß sie von seiten des Mannes für ihre Arbeit keine genügende Anerkennung findet.
D i a b e t e s kam z u m A u s b r u c h , als ihr Mann 1 1/2 Jahre lang fast völlig arbeitslos war und sie als Hilfsarbeiterin die Familie ernähren mußte.
1954 hatte sie wieder Selbstmordimpulse, keinen Lebenswillen und sich beinahe aufgegeben.
S e i t der analytischen B e h a n d l u n g trat auch eine Besserung ihres diabetischen Krankheitsbildes ein, indem ihr früher sehr labiler Blutzuckerspiegel sich stabilisierte. Ihre früheren R e a k t i o n e n auf A u f r e g u n g e n seien ja immer eine steile Erhöhung ihres Blutzuckerspiegels gewesen.

Das R o r s c h a c h b i l d zeigt ein gut durchschnittliches Intelligenzniveau und eine vielseitige Phantasie. Die kontrollierenden Ichkräfte sind aber nicht ganz ausreichend gegenüber ihren hereinwuchernden unbewußten Inhalten und

gegenüber ihrer etwas l a b i l e n A f f e k t i v i t ä t . Sie zeigt eine starke Gefühlsbetontheit und Ansprechbarkeit. Jedoch sie ist n i c h t v ö l l i g labil oder unangepaßt.
Es sind auch noch Anzeichen von Ängsten phobischer Art ('Totenkopf') und depressive Verstimmungen vorhanden.
Das Gesamtbild im Zusammenhang mit der Beobachtung ergibt eine A m p h i t h y m i e , eine Flucht vor der Depression in die kompensatorische überspannte Aktivität.

Rorschach-Verrechnung AZ : 27 Zeit: 22'

G : 14 (2 DG; G-)	B : 3 +	M : 3	F% = 55
D : 11	F+: 10	T : 12	F+% : 73
DDzw : 1	F±: 3	Td: 1	T% : 48
	FFb : 3 (1±)	Pfl: 4	V% : 18
	FbF: 4 (1+)	Obj: 3	V : 5
	HdF: 1	Anat: 1	
	FHd: 1	Med: 1	
		I.Maske: 1	
		Wolke: 1;	

Besondere Phänomene:

Fb.S.? (Verarb.ins Gegent.IX)
Maske I (X)
L.S. (anged.)
Konfab: 2 (III, VI)
Komb.: 1
Subj.Kritik: 1

Erf.Typ: G- (DG) - (D);
Erl.Typ: 3 : 5,5

Z u s a m m e n f a s s e n d fielen psychodiagnostisch auf: Die gestörte Mutterbeziehung, die frühen Depressionen, die vegetative Labilität und der Hang zu Süßigkeiten.

Die Versagungs-Situation bei der Krankheitsmanifestation (als sie die Familie ernähren mußte) kann auch als Versagung der oral-rezeptiven Wünsche des Versorgtwerdens angesehen werden.

Auszüge aus dem Behandlungsbericht von Patient II[1]

Pat., 35 Jahre alt, Lebensmittelkaufmann, Jugenddiabetiker, (Krankheitsmanifestation vermutlich 25. Lebensjahr). Behandlungsdauer 460 Behandlungsstunden während 5 Jahren. Kein Diabetes in der Aszendenz bekannt.
Der Patient wurde im Rahmen einer Untersuchung (psychosomatisch) in der psychosomatischen Abteilung der Universitätspoliklinik München exploriert. Bei der Exploration äußerte er den Wunsch, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Sein unmittelbarer Anlaß dazu waren seine Eheschwierigkeiten.

Pat. machte zunächst den Eindruck eines lebhaften, kontaktfreudigen Menschen mit großem Redefluß und einer vorwiegend praktischen Intelligenz. Er wirkt zunächst jungenhaft, manchmal verlegen, aber pfiffig. Hinter seiner nach außen hin erscheinenden Fröhlichkeit, macht sich eine leichte Erschöpfbarkeit und Resignation bemerkbar, die mit seiner hektischen Aktivität überdeckt wird.

A n a m n e s e :
Pat. verlor seinen V a t e r im Alter von 17 Jahren. Von der M u t t e r entwirft er das Bild einer egoistischen, ränkeschmiedenden Frau, die sich rücksichtslos auf Kosten anderer Vorteile verschafft. Schon am Anfang der Behandlung tritt seine gespannte, haßerfüllte Beziehung zur Mutter zum Vorschein. Er hat zwei Brüder, einer davon ist 13, der andere 10 Jahre älter als er, so daß er als unerwünschter Nachzügler geboren wurde. Er habe die merkwürdige Vorstellung, daß er selbst von einer Amme gestillt worden sei, während die Mutter ein fremdes Kind gestillt habe. Die Mutter hingegen schildert seine Frühkindheit so, daß sie ihn fortwährend mit sich trug, um ihn gleich anlegen zu können. Pat. war eine Frühgeburt im 7. oder 8. Monat. Er meint, diese Frühgeburt erfolgte wegen eines gescheiterten Abortversuchs. Der wirkliche Tatbestand bezüglich des Stillens konnte nicht

---

1) Dr. S. Elhardt: Vortrag auf dem Internat. Kongreß für Psychoanalyse, Düsseldorf, unveröffentlicht (freundlicherweise zur Verfügung gestellt).

geklärt werden; seine Vorstellung scheint doch insofern relevant zu sein, daß darin wenigstens das Erleben der mangelhaften emotionalen Zuwendung seitens der Mutter zum Ausdruck kommt.

Die Mutter war in sexuellen Fragen prüde und in ihrer Ehe wahrscheinlich frigide. In der Ehe der Eltern des Pat. war der Vater der passivere Teil und die Mutter 'hielt den Zepter'. Sie beschäftigte sich zwar aktiv mit den Kindern, diese Beschäftigung war aber mit der Bedingung verknüpft, daß die Kinder sich in jeder Beziehung, auch im Spiel ihr bedingungslos fügten.

Die Krankheitsmanifestation erfolgte beim Patienten, als er sich von der Mutter selbständig machte und heiratete. Die Mutter mischte sich jedoch in die Ehe ihres Sohnes und ging so weit, daß sie sogar den Wunsch äußerte, zwischen den beiden Eheleuten zu schlafen.

Die oralen Wünsche des Pat. äußerten sich schon in seiner Berufswahl; nach der Ehe machte er zunächst einen Milchladen auf ein Lebensmittelgeschäft erweiterte. Der Wunsch nach Nahrung (Milch) spielte in seinen Träumen auch eine große Rolle. In einem der Träume geht er z.B. mit seinem Wagen Milch tanken. Alles Streben und Sorgen des Pat. kreist um die Vergrößerung seines Geschäftes und Absicherung seiner Existenz. Er stapelt z.B. in seinem Keller einen Vorrat an Insulin, der für ihn im Notfalle für 2 Jahre reichen soll.
Seine Frau wird von ihm auch vorwiegend als Arbeitskraft betrachtet.

Hinter seiner Arbeitsbegeisterung kommen angstvolles Getriebensein und Unruhe zum Vorschein, die konflikthaft seine passiv-rezeptiven Wünsche nach Verwöhnung und Geborgenheit überdecken.

Ein sich häufig wiederholender Traum:
"Ich fahre mit einem Motorrad suchend durch die Gegend. In einer Bäckerei wähle ich mir von dem reichhaltigen Angebot an Torten und Süßigkeiten Lebkuchen aus. Ich esse sie gleich beim Herausgehen, finde aber zu meinem Schrecken mein Motorrad nicht mehr vor."

In dem Traum wie in den sich daran knüpfenden Assoziationen des Pat. kommt die Angst zum Ausdruck, daß ein unbekümmertes orales Zugreifen durch den Verlust der eigenständigen, ichbejahten Motorik bedroht wird.

Diese seine Erlebnisweise wird durch eine seiner Erinnerungen aus seiner frühen Kindheit erhellt, in der er den Babystuhl als einen Marterstuhl erlebte. Er erlebt sich von der Mutter in einem "goldenen Käfig" der V e r w ö h n u n g f e s t g e h a l t e n . Jeder Versuch eines Ausbruchs aus diesem "goldenen Käfig" wurde durch die Mutter u.a. auch mit Selbstmorddrohungen abgewehrt.

Wie auch in dem vorangehend dargestellten Beispiel handelt es sich bei seiner Angst vorwiegend um Angst vor Verlust der eigenen Motorik wegen der eigenen destruktiven Rachetendenzen. Im weiteren zeigte sich auch die Angst vor Beschmutzung und vor ans Essen gekoppelten sexuellen Wünschen. Er zeigte auch eine Angst vor jeder Bindung, die für ihn die Selbstauslieferung bedeuten würden.

Im P s y c h o s e x u e l l e n kam auch seine Undifferenziertheit zum Vorschein mit einer starken Tendenz, auch im Sexuellen auf die o r a l e Ebene zu regredieren. In seinen Träumen beschränkt sich seine sexuelle Aktivität auf exhibitionistische und Voiyeurtendenzen. Es kommen auch noch starke latent homoerotische Tendenzen zum Ausdruck im Werben um den Mächtigen.

Sein K r a n k h e i t s g e w i n n bestand darin, daß für die tabuierten sexuellen Impulse als Ersatz die Insulinspritze herangezogen wird. Das Essen, das sonst sündhaft empfunden wird, kann durch die Insulinspritze (verursacht Hungergefühle, die ihn zum ichfremden Essen zwingt) ohne Schuldgefühle erlebt werden.

Z u s a m m e n f a s s e n d konnten bei diesem Pat. in der Antriebsstruktur ein suchtartiges Überwuchern der oral-rezeptiven Bedürfnisse (wahrscheinlich infolge einer frühkindlichen Störung im oralen Bereich), gekoppelt mit einer massiven Hemmung der oral-aggressiven und motorisch-expansiven Impulse mit gelegentlichen schuldhaft erlebten

Durchbrüchen festgestellt werden.

Im Gegensatz zu den schweren depressiven Strukturen konnten hier die Wunschobjekte schon wahrgenommen werden; nur die Verwirklichung der Wünsche im Zugreifen war durch Angst und Schuldgefühle gehemmt.

Die oralen Impulse werden häufig durch paranoid gefärbte Projektionen abgewehrt (z.B. "alle Lehrmädchen sind Diebe", die Behörden seien gegen ihn).

Was d i e R o l l e dieser geschilderten Antriebsstruktur bei der Entstehung des Diabetes betrifft, so kann man ihr Beteiligtsein, zumindest in Form einer Mitverursachung, als äußerst wahrscheinlich annehmen.

Für die Erklärung können die ersten und dritten erwähnten Konzepte herangezogen werden (siehe S. 31).

Der Kranke lebte infolge seiner tabuierten inneren Impulse wie auch infolge der erwähnten Projektionen in einer ständigen Angst, die ihn in seine hektische Aktivität trieb, in eine "Flucht nach vorne". Dies ging mit der "sympatikotonen" Kampf- und Fluchtreaktion des Stoffwechsels, mit der chronischen Hyperglykämie einher. Andererseits konnte er auch jetzt wie früher die von der Mutter gebotene Nahrung innerlich nicht akzeptieren (wie dies aus seiner Deckerinnerung hervorging) bzw. nur bedingt annehmen und reagierte körperlich, als befände er sich ständig in einem physiologischen Hungerzustand, auf den er mit der Mobilisierung von Blutzucker reagiert.

K a t a m n e s e :
Durch die Behandlung konnte, außer der erheblichen Besserung seiner Neurose, auch die Stabilisierung seiner bis dahin höheren und labileren Blutzuckerwerte auf einem niedrigeren Niveau erreicht werden.

II. Diskussion und Interpretation der Befunde der psychoanalytischen Längsschnittbeobachtung

Zunächst möchten wir darauf hinweisen, daß unseres Erachtens - wie bereits auch von einem der größten Methodologen der Psychologie, Kurt Lewin,[1] vertreten wurde - vom Methodologischen her eine grundsätzliche Berechtigung durchaus besteht, auch an Hand von Einzelfällen, aber sehr intensiv und mit gezielter Fragestellung beobachteten psychologischen Phänomene, gewisse Gesetzmäßigkeiten abzuleiten sind.

Es sind uns auch in diesen hier nur ausschnittsweise dargestellten Fällen viele der psychodynamischen Abläufe und Zusammenhänge in der Psyche unserer Diabeteskranken erhellt worden. Zunächst fallen die gemeinsamen Züge in der psychodynamischen Struktur unserer beiden dargestellten Patienten auf. Diese wären erstens die vordergründig auffallende getriebene und überspannt wirkende Aktivität, hinter der sich in den Träumen wie auch Verhalten des Kranken eine Tendenz manifestiert, seine Antriebe ins Orale zu transponieren; andererseits ist ihnen auch eine gewisse Gehemmtheit im oral-kaptativen Zugreifen - die auch eine gewisse Ähnlichkeit mit der depressiven Antriebsstruktur aufweist - zu eigen.

Wir können in diesen unseren Befunden auch eine Übereinstimmung mit den Hypothesen und Befunden von F. Alexander feststellen. Vor allem konnten wir auch in unseren Fällen

a) die verstärkten einverleibenden, oral-aggressiven Tendenzen;
b) die unbewußte Identifikation mit, bzw. Ambivalenz gegenüber die ablehende Mutter, wie auch
c) durch Verstärkung der homosexuellen Komponente gestörte Sexualität

aufzeigen.

Auch die Konfliktsituation beim Krankheitsausbruch unserer beiden Patienten - als die eine die Versorgung der Familie allein übernehmen mußte und der andere

---

1) Kurt Lewin: "The Conflict between Aristotelian and Galilean Mode of Thought in Contemporary Psychology", in A Dynamik Theory of Personality

selbständig sein mußte - kann im Sinne eines Konfliktes zwischen den o r a l - r e z e p t i v e n Wünschen zu bekommen und v e r s o r g t w e r d e n einerseits und den Anforderungen zu g e b e n und andere zu versorgen andererseits verstanden werden.

Vor allem dürfen wir u.E. aus der Koinzidenz der genannten seelischen Konflikte mit der Krankheitsmanifestation diese Konflikte mit großer Wahrscheinlichkeit als eine 'notwendige" Bedingung des Krankheitsausbruchs (conditional causa) betrachten. Andererseits wäre eine Interpretation dieser Ergebnisse mit der Behauptung einer Psychogenie in dem Sinne, als ob die psychischen Abläufe in einem e i n g l e i s i g e n Ursache-Wirkung-Zusammenhang mit der diabetischen Stoffwechselkrankheit stünden, unzulässig.

Als allein zulässigen Schluß müssen wir auch hier mit der Feststellung einer Zuordnung und möglicherweise auch einer reziproken Verkettung zwischen dem festgestellten Geschehen in der psychischen Dimension einerseits und dem Stoffwechselgeschehen andererseits uns begnügen. Wir müssen uns nämlich das Argument Manfred Bleulers vor Augen halten: "Wie genau man immer im Verlaufe einer Psychotherapie eine Psychogenese einer endokrinen Krankheit zu verfolgen meint, nie klärt eine solche Arbeit die scheinbar einfache Frage: welches ist die Ursache, und welches ist die Wirkung?"[1]
"Auch darf man die alte Regel nicht vergessen, daß die Möglichkeit, eine Entwicklung psychologisch zu verstehen, noch lange keinen Beweis für ihre (nur) psychologische Genese bedeutet."[2]
Wir modifizierten hier diese Worte M. Bleulers gemäß unserer Auffassung mit dem einschränkenden 'nur' deswegen, da,wie bereits zu Beginn der Arbeit dargelegt, heute die M i t - bedingtheit der meisten chronischen endokrinen und auch anderer Erkrankungen durch das emotional-psychische Geschehen von den bedeutendsten Forschern auf diesem Gebiet (z.B. F. Alexander u.a.) anerkannt wird.

---

1) M. Bleuler: "Endokrinologische Psychiatrie", S. 68

2) derselbe, S. 268, Stuttgart, Georg Thieme, 1954

Zusammenfassung der Ergebnisse

Methodologische Ergebnisse
Die Reichweite der angewandten Methoden für die psychosomatische Fragestellung

Durch unser stufenweises Vorgehen sollte u.a. die verschiedenartige Reichweite der angewandten psychodiagnostischen Methoden für die psychosomatische Forschung demonstriert werden.

Wie bereits in der Zusammenfassung der Ergebnisse einer jeden Methode dargelegt, konnten wir durch den einzelnen Persönlichkeitstest - in unserem Fall der Rorschach-Test - durch den Gruppenvergleich gewisse Persönlichkeitszüge der Diabeteskranken in einem vom Normalen abweichenden Ausmaß und Art und sogar Unterschiede gegenüber den anderen "organisch" Kranken unserer Vergleichsgruppen aufzeigen, andererseits vermochten wir doch nicht mit dieser Einzelmethode den Stellenwert und Zusammenhang dieser psychischen Abarten im Leben des individuellen Kranken aufzuzeigen.
Wir konnten jedoch mit dieser Methode eine gewisse Bestätigung von unserer ersten Ausgangshypothese finden, indem wir die psychische Abart des Diabeteskranken nachwiesen.
In der nächsten Stufe konnten wir bereits durch die Kombination der Auskünfte der Exploration mit den Testergebnissen in vielen der Fälle Einsicht in den Stellenwert dieser psychischen Merkmale wie auch in den der diabetischen Stoffwechselstörung im individuellen Lebenslauf unserer Kranken gewinnen.

Jedoch auch diese Methode gewährte uns nicht ausreichende Einsicht in die differenzierteren psychodynamischen Zusammenhänge, um daraus gültige Gesetzmäßigkeiten ableiten zu können. Sie konnte uns auch nicht zur Klärung der ätiologischen Frage verhelfen.

Die Psychoanalyse als Forschungsmethode verhalf uns zu differenzierteren Erkenntnissen in den Ablauf der psycho-somatischen Wechselwirkungen dadurch, daß man durch die Längsschnittbeobachtung gleichzeitig

zu gewissen erlebten psychischen Belastungen auch die aufgetretenen Änderungen der Blutzuckerhöhe registrieren konnte. Insofern diese Beobachtungen mit aus einer größeren Anzahl von Fällen gewonnenen Ergebnissen Übereinstimmungen zeigten, durften diesen eine gewisse, wenn auch n i c h t allgemeingültige S p e z i f i t ä t für diese Form der Diabeteskrankheit zuerkannt werden.
Eine letzte Klärung der ä t i o l o g i s c h e n P r i m a t s frage konnte jedoch auch mit dieser Methode nicht erbracht werden.

B e f u n d e unserer empirischen Untersuchungen

In den folgenden psychischen Merkmalen zeigten die Diabeteskranken sich verschieden entweder in deren Schweregrad, oder in ihrer Häufigkeit von den beiden anderen Gruppen von organisch Kranken (Lungen-Tbc- und Herz-Kranken):

Die Ich-Schwäche, unter der wir eine allgemeine Verminderung der psychischen Verarbeitungsfähigkeit - zu der auch die Koartation zählt, verstehen.

Die Häufung von d e p r e s s i v e n Zügen bzw. dysphorischen Verstimmungen und Ängsten.

Die v e r m i n d e r t e affektive K o n t a k t fähigkeit, die in den meisten Fällen als Kontakthemmung erkennbar ist.

Die häufige Störung der p s y c h o s e x u e l l e n Entwicklung, die hauptsächlich bei den erwachsenen Kranken festzustellen ist.

Die Möglichkeit einer durch die somatische Krankheit a l l e i n verursachten r e a k t i v e n Entstehung der wichtigsten dieser psychischen Merkmale konnte mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Das Vorhandensein der meisten dieser Störungen konnte durch die Exploration schon p r ä m o r b i d , vor der Diabetesmanifestation in der Mehrzahl der Fälle festgestellt werden.

Die oben genannten Symptome sind bei den J u g e n d - Diabetikern (Manifest. vor dem 35. Lj.) im stärksten Ausmaß und Häufigkeit vorgekommen.

Die folgenden einzelnen psychischen Symptome wurden zwar in einem vom Gesunden stark abweichenden Ausmaß, aber als mit den Vergleichsgruppen der Lungen-Tbc- und Herz-Kranken gemeinsame psychische Auffälligkeit festgestellt:

Allgemeine Labilität und Störbarkeit der Affektivität, die in ähnlichem Ausmaß wie bei den Tbc-Kranken vorkam.

Angstzustände, ein Befund, der auch in der Gruppe der Herzkranken zu finden war.

Überstarke affektive (Libido-)Besetzung des eigenen Körpers.

Das Gefühl einer körperlichen Beeinträchtigung, des Beschädigt seins, das häufig auch bei anderen schweren körperlichen Gebrechen - wie Amputierten u.ähnl. - anzutreffen ist.

Der fast durchgehende Befund der Ich-Schwäche stimmt mit den Ergebnissen der psychodiagnostischen Untersuchungen mit dem WZT wie auch mit dem Szondi-Test überein.[1]

Wie eingangs schon erwähnt, fand auch H. Meng bei der psychotherapeutischen Behandlung schwerer Stoffwechselkrankheiten u.a. bei Diabetes mellitus eine primäre Ich-Schwäche. Dieser Befund kann nun sowohl durch unsere, wie auch durch die genannten anderen Untersuchungen an Hand einer größeren Anzahl von Kranken (insges. 120 Pat.) gewonnenen Ergebnisse bestätigt werden.

Meng, aber auch Schur und Ruesch interpretierten diese Befunde in dem Sinne, daß die infolge tiefer Ich-Störung verminderte Verarbeitungsfähigkeit des Ichs dieser Kranken das 'Ausweichen' in psychischen Krisenzeiten in die somatische Krankheit bedingen kann.

Das gehäufte Vorkommen von depressiven Zügen und Kontaktgehemmtheit sind ebenfalls sowohl mittels des WZT wie auch in der Arbeit mit Szondi-Test bestätigt worden, so daß diese Befunde nunmehr als durch die verschiedenen Methoden gesichert erachtet werden können.

Ferner konnten wir bei den meisten unserer Diabeteskranken, wenn auch an Hand von verschiedenen Anzeichen, auf eine oral-

1) siehe oben S. 27

F i x i e r u n g bzw. auf eine S t ö r u n g in der frühkindlich- o r a l e n Phase ihrer Entwicklung schließen. Bei dem einen Teil ging die frühkindliche Störung der leibseelischen Entwicklung schon aus der manifesten Lebensgeschichte hervor; bei einem anderen Teil zeigte sich dies in der Neigung verschiedener Bedürfnisse bzw. Triebimpulse ins Orale zu t r a n s p o n i e r e n ; und bei den übrigen war diese Gestörtheit nur aus der Antriebsstruktur - depressiv, bzw. schizoid - zu schließen.

Die letzten Befunde würden nicht nur eine Bestätigung der ersten Hypothese erbringen, sondern können als dem Diabeteskranken r e l a t i v - s p e z i f i s c h e Persönlichkeitszüge erachtet werden.

In d e r g a n z h e i t l i c h - individuellen Auswertung konnten wir die folgenden dem Diabeteskranken r e l a t i v - typischen Persönlichkeitsbilder auffinden:

Den ängstlich-braven, aggressionsgehemmten und d e p r e s s i v e i n g e e n g t e n jugendlichen Diabetiker, der sich als am tiefsten gestört gezeigt hat (bis 20 J.). -

Das etwas heterogenere Persönlichkeitsbild des 'Jugenddiabetikers' im erwachsenen Alter (Diab.Manif.: bis 35 Lj.), wo wir gehäuft schizoide und paranoide Persönlichkeitsszüge mit meist zwanghaften Abwehrmechanismen fanden. Es trat bei diesem eine überstarke "Mutterbindung" und in vielen Fällen mit 'Vaterproblematik' in Zusammenhang zum Vorschein (vorwiegend bei den Männern). Das Psychasthenie-Syndrom bzw. andere Anzeichen der allgemeinen S e n s i b i l i t ä t waren unter diesen Kranken häufig. Diese Kranken zeigten - in Übereinstimmung mit den Befunden auch anderer Untersuchungen[1] - die 'bunteste' neurotische Symptomatik.

Die A l t e r s d i a b e t i k e r zeigten gemeinsam mit vielen der Diabetiker der übrigen Altersgruppen z w a n g h a f t e Züge im Vordergrund.

Unter diesen Kranken konnte man am häufigsten eine prämorbide 'Freßsucht', häufig mit Fettsucht gepaart, und eine deutliche Störung in der frühkindlichen oralen Phase ihrer Entwicklung feststellen.

---

1) siehe oben S. 27

Gemeinsam mit den anderen Altersgruppen war bei diesen Kranken die meist schon prämorbid gestörte Psychosexualität. In dieser Gruppe zeigten sich Fälle noch außer einer gewissen Zahl von paranoiden Zügen auch Zustandsbilder angstneurotischer, phobischer und hysterischer Art.

Die Heterogenität der gefundenen Persönlichkeitsbilder erlaubt zwar nicht, sie als spezifisch im engeren Sinne für den Diabeteskranken anzusehen. Jedoch dürfen wohl die genannten Persönlichkeitszüge, die in größter Häufigkeit meist durchgehend in den meisten Altersgruppen auftragen, als der Diabeteskrankheit zugeordnet und ihm relativ typisch betrachtet werden. Dies um so mehr, als viele unsererBefunde eine Übereinstimmung mit den Befunden anderer Untersuchungen aufwiesen.

Die etwas divergierenden Persönlichkeits bilder der Jugend- von den Altersdiabetikern legen uns auch die Möglichkeit nahe, daß die psychisch wirksamen Umweltfaktoren (Belastungen) nicht nur in verschiedenem Ausmaß, sondern auch auf Grund verschiedener psychodynamischer Abläufe an der Entstehung der Krankheit beteiligt sein können. Wie dies häufig auch von physiologischer Seite her bezüglich der physiologischen Genese angenommen wird.

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Testbefunde allein erlaubten uns nur auf das gleichzeitige Vorhandensein der genannten psychischen Symptome mit der somatischen Krankheit und dadurch nur auf eine gewisse Korrelation zu ihr zu schließen. Nur die aus der Exploration wie auch aus der Psychotherapie eruierbaren, der Krankheitsmanifestation vorangehenden speziellen seelischen Belastungssituationen gestatten gewisse Rückschlüsse auf die Mitwirkung der seelischen Belastungen bei der Manifestation der Krankheit.

Daß aber diese psychische Bedingung der Diabetes-Manifestation zwar häufig eine notwendige, aber eine nicht ausreichende Ursache der Krankheitsmanifestation darstel-

len kann, dürfte wohl schon aus der Tatsache hervorgehen, daß dieselben oder ähnliche psychische Störungen bzw. psychodynamischen Abläufe z.B. auch bei schweren Psychoneurosen und Psychosen vorkommen können.

Die Rolle der genannten psychischen Störungen in der Ätiologie des Diabetes kann höchstens durch die von F r e u d geprägte Konzeption der " E r g ä n z u n g s r e i h e " zwischen den konstitutionellen und den psychisch wirksamen Umweltfaktoren verstanden werden. Dies würde bedeuten, daß bei verschiedenen Graden von konstitutionellem "Entgegenkommen" verschiedene Ausmaße der psychischen U m w e l t s c h ä d i g u n g notwendig sind, um die Krankheit auszulösen.

In ähnlicher Weise müssen wir die mit dem Befunden der Chikagoer Schule übereinstimmenden Symptome der frühkindlichen-oralen-psychischen Schädigung des Diabeteskranken interpretieren, was auch der schon oben angeführten heute vorherrschenden Konzeption in der Medizin, der M u l t i k a u s a l i t ä t , entsprechen würde.

Mit dem Begriff der 'Ergänzungsreihe' bei der Klärung der Ätiologie können wir auch das variable Ausmaß und den Schweregrad der genannten psychischen Schäden bei den einzelnen Kranken mit den verschiedenen Ausmaßen des konstitutionellen Entgegenkommens erklären.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, daß die P r i m a t s frage, primär-konstitutionell oder primär durch früher erlebte äußere (exogene) psychische Belastungen bedingt, ähnlich wie bei metaphysischen Fragen sich empirisch nicht entscheiden läßt.

Denn wie M. Bleuler[2] sagt: "Wie genau man immer - im Verlaufe einer Psychotherapie (oder auch durch andere Auskünfte) - die P s y c h o g e n e s e einer endokrinen Krankheit zu verfolgen meint, nie klärt das die scheinbar einfache Frage: welches ist die Ursache und welches ist die Wirkung."

---

1) Wobei wir der Tatsache eingedenk bleiben, daß uns Wesen und Wirkung dieses 'konstitutionellen' Faktors noch zum großen Teil unbekannt sind, und daher müssen wir ihn hier nur als den 'X-Faktor' (Unbekannte) der Gleichung' verstehen.

2) Bleuler, M.: a.a.O., s.o. S. 137

Literaturverzeichnis

1) Alexander, F.: Psychosomatische Medizin, Berlin 1950

2) Binder, H.: Die Hell-Dunkel-Deutungen im Rorschach .." Schweiz.Arch.f.Neur.u.Psychiatr., Bd.30, 1933

3) Binswanger, H.: Stellungnahme zur Frage der Spezifität,... Zeitschr.f.psychosomat.Medizin 1957/58

4) Bohm, E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik, H.Huber-Verlag, Bern u. Stuttgart 1957

5) Bohm, E.: "Vademecum", H.Huber-Verlag, Bern u. Stuttgart 1960

6) Boss, M.: Einführung in die psychosomatische Medizin, H.Huber-Verlag, Bern 1954

7) Cremerius, Elhardt, Hose, Kilian: Stellungnahme zur Frage der Spezifität ... Zeitschr.f.psychosomat.Medizin 1957/58

8) dto.: Ergebnisse der psychosomatischen Diabetes-Forschung, "Psyche", Heft 8/IX, 1955

9) Cremerius, Hose, Elhardt: Psychosomatische Konzepte des Diabetes mellitus, "Psyche", Heft 4/X, 1956-57

10) Cremerius, J.: Bedeutung der Oralität für den Altersdiabetes, "Psyche", Heft 5/XI, 1957

11) Bleuler, M.: Endokrinologische Psychiatrie, Stuttgart 1954

12) Duc, L.: Contribution à l'étude des troubles du metabolisme hydrocarbone dans le affections mentales, Diabète et psychoses; Arch.suiss.neurol. 69.5., 1952

13) Dunbar, F.: Emotions and bodily Changes II, New York 1954

14) Floßdorf, P.: Über das Stottern, Psych.Diss. 1958, München

15) Gittelson, M.: A Critique of Current Concepts in Psychosomatic Medicine", Bull. of the Menn. Clinic, IX, 1959

16) Grygiers, Th.: Opression, Rontledge & P. Kegan, London 1954

17) Hinkle, L.E., Edwards and Wolf: Studies in diabetes mellitus, I. J.Clin.Invest., 29, 754 (1950)

18) Heyer u. Seifert: Reich der Seele, Bd. II, München-Berlin 1937

19) Kellner, M.: Psychische Faktoren bei Diabetes mell. im Lichte des Szondi-Testes, Med.Diss. München 1957

20) Kilian, H.: Triebstruktur und Tbc., Med.Diss. München 1953

21) Köhler, W.: Bemerkungen zum Leib-Seele-Problem, Deutsche Med.Wochenschr. 1924

22) Lersch, Ph.: Aufbau der Person, 7. Aufl., München 56

23) Lienert,: Testaufbau und Testanalyse, Weinheim 1961

24) Loosli-Usteri: Persönlichkeitsdiagnostik, "Rorschachiana", II, Nr. 13

25) Melzer: Psychodiagnostische Untersuchung an Lungen-Tbc-Kranken. Beiträge zur Klinik der Tbc (1950)

26) Meng, H.: Hormon und Psyche, Hans Huber Verlag, Bern, 1960

27) Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch W. de Gruyter, Berlin 1959

28) Racamier: Le terrain psychique des tuberculeux pulmonaires, Les Temps Modernes, Nr.59, Sept. 1950

29) Revers, W.J.: Der thematische Apperzeptionstest, H. Huber-Verlag, Bern-Stuttgart 1958

30) Schur, M.: Comments on the Metapsychology of Somatisation, Psychoanal.Study of the Child, Bd. X 1955

31) Schulz, I.H.: Seelische Krankheitsbehandlung,

32) Schultz-Hencke H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme-Verlag 1951, Stuttgart

33) Schneider, E.: Psychodiagnostisches Praktikum,

34) Schwidder W.: Diabetes mell., Kongreßbericht, Juni 1951, Berlin

35) Singeisen, F.: Rorschachbefunde bei chronischen Lungen-Tbc- und Herz-Krankheiten, Schweiz.Arch.f.Neurologie u. Psychiatrie, Bd. XIV

36) Stahl: Psychodiagnostische Untersuchungen über Enuretiker, Psych. Diss. München 1960

37) Spreen, O.: Möglichkeiten zur Diagnostik der Ausgangspersönlichkeit in der Testuntersuchung, Schweizer Zeitschr.Psych.u.ihre Anwendung, Bd. XX, 1961

38) Stern, E.: Lebenskonflikte und Krankheitsursachen, Rascher-Verlag, Zürich 1952

39) derselbe: Zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psycho-somatischen Medizin, Zeitschr.f.psychosomat.Med. 1957/58

40) Rorschach, H.: "Psychodiagnostik" Z.Neur. 92 (1923)

40a) Rorschach, H.: "Zur Auswertung des Formdeutversuchs"

41) Westermann: Über die Entstehung und Verschlechterung der Tbc d. seelischen Ursachen, Beitr.z.Klinik der Tbc, 1951, Br. 105

42) Wieck H., et all: Klinische Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulcuskrankheiten", Fortschr.d. Psychiatrie u. Neurologie III, 1959

43) Woelk, K.: Psychologische Untersuchungen bei Diabeteskranken mit Hilfe des W.Z.T.-Testes, Med.Diss. München 1958

44) Zierl, W.: Zur seelischen Entwicklung des diabetischen Kindes, Ärztl.Wochenschr. 9. 1956, 974

45) Zolliker: Persönlichkeitsdiagnostik "Rorschachiana" II Nr. 13

46) Zulliger, H.: Die Tafeln des Z-Testes, Bero 59/60

47) Lewin, K.: The Conflict between Aristotelian and Galilean Mode of Thought in Contemporary Psychology, in:
A Dynamik Theory of Personality, N.Y., McGraw-Hill, 1935

48) Elhard, S.: Vortrag (unveröff.) gehalten auf dem Int. Psychoanal. Kongreß, Düsseldorf, 1961

49) Helmrich, M.: Behandlungsbericht (unveröff.) Universitäts-Poliklinik, München, Psychosom.Abt.

Lebenslauf

Am 28.1.1928 wurde ich als erstgeborener Sohn der Kaufmannseheleute Hermann und Blanka Weissmann in Budapest geboren.
Nach Besuch der orthodox-jüdischen Volksschule trat ich in das jüdische Gymnasium ein. Da ich gemäß Familientradition seit frühen Jahren intensiv theologische Studien betrieb, wurde ich ab meinem 14. Lebensjahr zum externen Schüler des Gymnasiums.
1944 mußte ich infolge der Verfolgungsmaßnahmen meine Studien unterbrechen. Ich konnte sie erst 1947 in dem englischen Internierungslager für 'illegale' Einwanderer nach Palästina in Zypern systematisch fortsetzen.
Nachdem ich das dort entstandene Jugendleiter- und hebräische Lehrerseminar (mit Hochschulprofessoren aus Palästina) absolviert hatte, (3 Semester), lehrte ich an der Schule für Erwachsene im Lager Bibel, hebräische Literatur und jüd. Geschichte. Nach meiner Ankunft in Israel 1949 arbeitete ich zunächst in den Landeserziehungsheimen der 'Jugendemigration' als Jugendleiter und Lehrer.
Als sich die Tore der Universität in Jerusalem nach dem arabischen Krieg wieder öffneten, wurde ich nach entsprechender Zulassungsprüfung 1949 als Student der Psychologie und Soziologie immatrikuliert. 1952 bestand ich die Abschlußprüfung und 1954 erlangte ich das B.A.-Diplom. Von 1952 bis 1956 arbeitete ich in den verschiedenen Aufgabengebieten der Psychologie und Pädagogik (Tests, Berufs- und Erziehungsberatung).
Nach meiner Abschlußprüfung 1952 habe ich geheiratet und habe heute einen sechsjährigen Sohn.
Um mein Vorhaben, mich in der klinischen Psychologie und Therapie auszubilden, durchzuführen, kam ich 1956 nach München und studierte hier als Hauptfach Psychologie, als Nebenfächer Soziologie und Pädagogik. Während der ersten Zeit meines Studiums verdiente ich meinen Lebensunterhalt als Bibel- und Hebräisch-Lehrer. Ende 1957 begann ich gleichzeitig mit meiner psychotherapeutischen Ausbildung am

Psychotherapeutischen Institut in München. 1958 bestand ich meine Hauptdiplomprüfung für Psychologen.
Seit Anfang 1959 arbeite ich an der vorliegenden Dissertation. Gleichzeitig setze ich meine psychotherapeutische Ausbildung fort.

München, den 28. November 1961 M. Vardy

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe. Die darin verwendeten Zitate sind aus dem Literaturverzeichnis ersichtlich.

Meine Arbeit wurde in dieser oder anderer Form noch keiner anderen Fakultät vorgelegt.

München, den 28. November 1961 M. Vard